ROK V WARSZAWA 1931 LUTY ZESZYT II

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

PROFESOR DR. H. SAHLI (Bern).

Chemoterapeutyczne leczenie duru brzusznego zapomocą jodobismutanu chininy (Quinby).

Od roku 1924, to jest od lat 6-ciu, wszystkie przypadki duru brzusznego w klinice chorób wewnetrznych w Bernie leczono „chemoterapeutycznie" zapomocą jodobismutanu chininy (Quinby). Wyjątek stanowiły bardzo lekkie przypadki, w których tego środka nie stosowano. Jak się zdaje, wyniki tego leczenia były b. pomyślne i dlatego, tak ze stanowiska dobra chorego jak i lekarza praktyka chcę je tutaj omówić.

Pobieżnie tylko wspomnę o sposobie leczenia duru brzusznego, tak zwanym „objawowym", stosowanym w mojej klinice do czasu wprowadzenia leczenia chemoterapeutycznego, a następnie z nim kombinowanym. Zazwyczaj określenie „leczenie objawowe" łatwo prowadzi do powstawania mylnych pojęć. Nie oznacza ono jednak zwalczania bez wyboru i naoślep objawów, podmiotowo dolegających chorym, lecz dążenie do zwalczenia tych objawów i następstw choroby, które w schorzeniach, przeciw którym leczenia swoistego jeszcze nie posiadamy, mogą szkodzić choremu również objektywnie i wystawiać go na niebezpieczeństwo wskutek występowania błędnego koła objawów (Circulus vitiosus).

Łagodzenie subjektywnych dolegliwości, o jakiem się, przy słowie „leczenie objawowe" myśli — stanowi tylko jedną stronę tego leczenia. Dlatego też staram się unikać wyrażenia „leczenie objawowe" i przeciwstawić leczeniu swoistemu pojęcie i zadania leczenia fizjologicznego, czyli nieswoistego. Rozumie się samo przez się, że leczenie swoiste bez nieswoistego obejść się nie może, gdyż to pierwsze nie może spełnić wszystkich zadań lecznictwa.

Nieswoiste leczenie duru brzusznego.

Jednem z pierwszych zadań nieswoistego leczenia duru brzusznego jest przedewszystkiem

i wbrew temu, co niektórzy nowsi autorzy przeciwko temu mówią, zastosowanie diety płynnej, której konieczność i pożytek nie wymagają szczegółowszego uzasadnienia wobec tak ciężkiego ze stanowiska anatomicznego schorzenia jelit i niemniej ciężkich zaburzeń czynnościowych trawiennych. Potrzebę takiej diety dowodzą chociażby częste nawroty, występujące z chwilą zbyt wczesnego podawania chorym pokarmów stałych. W celu zapobiegania takim nawrotom zalecamy płynną dietę co najmniej jeszcze w ciągu 8 dni po ustąpieniu gorączki. Przy dobrej tolerancji w stosunku do mleka, płynna dieta może dostarczyć choremu dostateczną ilość kaloryj.

Należy jednak pamiętać, że ulubiony przy płynnej diecie kleik owsiany — posiada niezmiernie mało kaloryj. Nie wie o tem nietylko ogół chorych, lecz często i lekarze. Gęsta, wskutek pęcznienia, konsystencja kleiku owsianego, zarówno jak i innych zup kleikowych pod tym względem jest bardzo zwodnicza.

W przypadkach, kiedy dodanie mleka zwiększa rozwolnienie, co się zdarza dosyć często (niedostateczne zużytkowanie cukru mlecznego wskutek braku odpowiedniej ilości zaczynów w soku jelitowym, dzięki którym cukier mleczny jest normalnie zamieniany na glukozę i galaktozę) — może się okazać pożyteczne stosowanie preparatów kwaśnego mleka. W nich bowiem cukier mleczny został już częściowo przeistoczony w kwas mleczny.

Dzięki zawartości kwasu mlecznego, zastępującego w pewnej mierze kwas solny, pobudzana zostaje peptonizująca czynność żołądka, bardzo pożądana wobec niedostatecznego wydzielania kwasu solnego co bywa często w przebiegu duru brzusznego. Z drugiej strony, wprowadzony masowo z mlekiem kwaśnem — kwas mleczny — przeciwdziała alkalicznej fermentacji zawartości jelit. Zmniejszenie się ilości indykanu w moczu dostarcza często bezpośredniego dowodu wpływu mleka kwaśnego w tym kierunku.

Zastosowanie różnych rodzai kwaśnego mleka w zależności od ich stopnia kwasowości — jest bardzo często dogodnym środkiem uregulowania stolca. Mocno kwaśne rodzaje działają raczej wstrzymująco, podczas kiedy słabo kwaśne działają rozwalniająco. Jednakże podawanie tyfusowym chorym kwaśnego mleka dla podtrzymania odżywiania ma o tyle wartość, o ile personel pielęgniarski jest z przeprowadzaniem takiego leczenia dobrze obeznany. Są chorzy, którzy mają wstręt do kwaśnego mleka i odmawiają przyjmowania tego posiłku. Im więcej jednak personel pielęgniarski, dla którego ten sposób odżywiania zwiększa pracę, umie, w podawaniu chorym kwaśnego mleka, dostosować się (co do stopnia kwasowości tego pokarmu) do gustu chorych, tem rzadziej spotykamy opór w przyjmowaniu tego pokarmu.

Przy dostatecznej staranności i odpowiedniem normowaniu czasu i temperatury przy fermentacji kwaśnego mleka można takiem leczeniem kierować z łatwością. To samo spostrzegamy również, podając kwaśne mleko w schorzeniach na tle niedokwaśności żołądka, specjalnie zaś w niedokrewności złośliwej (anaemia perniciosa), gdzie ten rodzaj pożywienia stosujemy bardzo często.

Rodzaje kwaśnego mleka.

Rozmaite rodzaje kwaśnego mleka (zwykłe kwaśne mleko, joghurt, kefir), można wytwarzać z mleka, nie używając fermentów drobnoustrojowych, będących w handlu. W systematycznych badaniach bakterjologicznych, których niestety nigdy nie zdążyłem ogłosić i które dlatego w interesie praktyków chciałbym tu pokrótce streścić, wykazałem, jak błędną jest rozpowszechniona ogólnie legenda, jakoby różne postacie kwaśnego mleka polegały na odmiennych specyficznych fermentach drobnoustrojowych, które w celu sporządzenia kefiru lub joghurtu trzeba nabyć i w sztuczny sposób do mleka dodać. Ziarna kefirowe, tabletki joghurtowe i t. d. są dla sporządzenia tych preparatów zbędne; albowiem każde surowe mleko zawiera nietylko na Kaukazie drobnoustroje potrzebne dla powstania kefiru i nietylko w Egipcie i Bułgarji drobnoustroje potrzebne dla sporządzenia joghurtu. Wiadomo, że w surowem mleku znajdują się powszechnie znane streptokokki kwasu mlecznego, następnie długie pałeczki z typu bacillus subtilis (prątka siennego), które działają na białko w sposób peptonizujący, i oprócz tego drożdże wytwarzające z cukru mlecznego przy symbjotycznem współdziałaniu innych drobnoustrojów kwas mleczny i węglowy.

W ziarnach kefirowych i tabletkach joghurtowych, będących do nabycia w handlu, nie znajdziemy nic innego jak tylko te zwyczajne drobnoustroje. Osławiona „dispora caucasica", którą się reklamuje jako charakterystyczną cechę ziaren kefirowych i jako właściwy ferment kefirowy, składa się właśnie z owych wszędzie istniejących długich laseczek z grupy prątka siennego.

Jak wyżej wyjaśniłem, ta symbioza drobnoustrojów istnieje w surowem mleku wogóle i działa zatem we wszystkich trzech rodzajach kwaśnego mleka aczkolwiek w ilościowo różnych stosunkach. W celu wytworzenia tych trzech rodzai kwaśnego mleka nie potrzeba zatem dodawać żadnych fermentów, będących do nabycia w handlu, wystarczy pozostawić surowe mleko, aby skwaśniało samo. Czy w ten sposób powstanie zwykłe kwaśne mleko, joghurt lub kefir zależy wyłącznie od warunków zewnętrznych, w jakich będzie się odbywać fermentacja (czas trwania fermentacji z jednej strony i dostęp powietrza, względnie brak dostępu powietrza z drugiej strony).

Jeżeli fermentacja będzie się odbywać przy zamknięciu dostępu dla powietrza w zamkniętych butelkach od piwa anaerobiotycznie (tylko przy współudziale beztlenowców) wówczas drożdże mogą się rozmnożyć do tego stopnia, że powstanie, przy obfitem wytwarzaniu się kwasu węglowego, kefir, jako silnie musujący napój. Należy przytem przez dłuższe przechowanie ułatwić wzbogacenie napoju w drożdże.

Zwykła fermentacja kwaśnego mleka i t. zw. fermentacja joghurtowa są — w przeciwstawieniu do tamtej — fermentacjami aerobiotycznemi w otwartych naczyniach, przyczem wytwarza się mało kwasu węglowego. Fermentacja joghurtowa różni się właściwie od zwykłej fermentacji kwaśnego mleka tylko tem, że prowadzi się ją tylko do chwili słabego skwaszenia względnie do chwili zsiadnięcia i dlatego niektórzy chorzy wolą wła-

śnie ten preparat ze względu na smak, używając go z cukrem.

Przy sporządzeniu kefiru należy się szczególnie wystrzegać wywołania fermentacji przez bacillus butyricus (prątek kwasu masłowego), który nadaje mleku nieprzyjemny smak oraz woń kwasu masłowego i czyni mleko niezdrowem. W takim wypadku—łatwo stwierdzalnym po woni i nadmiernem ciśnieniu gazu — należy taką butelkę usunąć i w czystej butelce rozpocząć nową fermentację surowego mleka. Fermentacja taka winna się oczywiście zawsze zacząć w surowem mleku, które się pozostawia w odpowiednich, wyżej wymienionych warunkach. Z chwilą, gdy bakterje fermentacyjne nagromadziły się już, można fermentację kontynuować, dodając do jakiejś reszty gotowego preparatu mleko gotowane i ostudzone.

Fermentacja powinna się naogół odbywać w temperaturze pokojowej, w czasach upałów natomiast w miejscu chłodnem, przyczem należy stale badać smakiem stopień osiągniętej fermentacji. Przy wytwarzaniu kefiru należy butelki napełnione i szczelnie zamknięte ułożyć poziomo i często wstrząsać.

Mało korzystnem wydaje mi się podawanie fermentów drobnoustrojowych jako takich — jako lekarstw, co ze strony fabryk jest reklamowane zarówno u publiczności, jak i u lekarzy. Albowiem odnośne drobnoustroje znajdują się i tak zawsze w żołądku i w jelitach, jako wszędzie obecne, nie mogą się jednak rozwijać, pokąd w jelitach brak odpowiedniego podłoża fermentacyjnego, a mianowicie mleka. Najpewniejszą rzeczą jest wobec tego, dla osiągnięcia zamierzonego celu chemicznego — kazać przyjmować pacjentom jako pożywienie podłoże znajdujące się już w odpowiedniej fermentacji, t. zn. właśnie jeden z wymienionych rodzajów kwaśnego mleka, przyczem należy co do stopnia kwaśności w szerokiej mierze kierować się smakiem pacjentów, oraz tem, jak dane mleko jest znoszone.

Poza regulowaniem diety każdy chory otrzymuje codzień 15-minutową całkowitą kąpiel. Niezależnie od wymagań czystości, która właśnie w tyfusie, wobec niebezpieczeństwa zakażenia i tworzenia się odleżyn, jest niesłychanie ważną, kąpiele te stosowane są raczej w celu odświeżenia chorego, niż w celu obniżenia temperatury, tembardziej, że obniżenie otrzymuje się znacznie skuteczniej i lepiej przez stosowanie koców, niż kąpieli.

Chodzi tu nie o kąpiele zimne, lecz o tak zwane obojętne, np. 35°, które powodują u gorączkujących lekkie obniżenie temperatury. Często stosujemy kąpiel o temperaturze o jakieś 5 stopni niższej od ciepłoty ciała chorego. Co się tyczy temperatury kąpieli — można tu uwzględnić najdalej idące życzenia chorego, dobierając temperaturę, przyjemną dla chorego. Często zresztą spostrzegaliśmy przy tem, że wybitnie gorące kąpiele (37° — 40°) — wymagane przez samych chorych, wywierają wpływ następczy, wyraźnie przeciwgorączkowy; widocznie dzieje się to wskutek rozszerzającego działania gorąca na powierzchnię skóry i wzmożonego przez to wydzielania cieplika. Działanie to jest często silniejsze znacznie od działania ochładzających, lub wręcz chłodnych kąpieli i koców. W tych razach jednak, aby przekonać się o działaniu gorącej kąpieli, należy mierzyć temperaturę dopiero w godzinę po kąpieli. W ostatnich czasach, ze względu na silniejsze ich działanie na nerwy skóry — znalazły zastosowanie kąpiele kwasowęglowe.

Z pośród środków leczniczych, najczęściej stosowane są w durze brzusznym, szczególniej przy silnych biegunkach; bismutum subnitricum, środek, który dawał mi dobre wyniki, dalej tanina i węgiel adsorbowany. Ponadto, przy silnej gorączce, okazują się pożytecznymi łagodne środki przeciw gorączkowe. Co do wskazań w tym kierunku, miarodajny był dla mnie mój pogląd teoretyczny na gorączkę, który przedstawiłem w mojej poprzedniej pracy o istocie gorączki, jej pożytku i szkodliwości.

Według mojego zdania i wbrew zapatrywaniom klasycznym gorączka nie jest niczem innem, jak wzmożoną przemianą materji, przy której ustrój, wskutek wyczerpania możności oddawania cieplika nie jest w stanie pozbyć się jego nadmiaru. Gorączka więc nie posiada sama w sobie teleologicznego znaczenia. Wykazałem raczej, że lekka gorączka, podług zasady *van t'Hoffa*, działa korzystnie, gdyż podtrzymuje w tym wypadku, przeważający chemizm zbawienny (leczniczy), wysoka gorączka natomiast działa szkodliwie przez występujący przy wysokiej temperaturze chemizm toksyczny. Dlatego też wyższe ponad 38,5° temperatury powinny być zwalczane. Obok chininy w dawkach po 0,2 do 0,3 trzy razy dziennie, stosujemy jako środek przeciwgorączkowy w tyfusie przeważnie piramidon. W celu możności stopniowania dawek stosownie do wyniku, in refracta dosi, najdogodniej w postaci mikstury z 1 — 2,0 na 200 cc. wody i (przy mierzeniu temperatury co 2 godziny), podawanej co dwie godziny po 20 cc. aż do osiągnięcia pożądanego wyniku. Jeżeli ciepłota spadnie do 38 lub 38,5, przerywa się podawanie leku aż do ponownego podniesienia się gorączki. W ten sposób unika się gwałtownych spadków, a następnie gwałtownych i niepożądanych wzniesień. Chorzy czują się przy tem łagodnem postępowaniu przeważnie lepiej aniżeli bez antypirezy; widzimy w tem potwierdzenie tego, że postępowanie takie jest pożyteczne i odpowiada mojej teorji o antypirezie (por. wyżej).

Antypireza jest obok leczenia hydroterapeutycznego także najlepszym środkiem, uspokajającym dla chorych durowych, zwłaszcza podnieconych. Inne środki uspokajające są rzadko potrzebne. Antypireza wpływa często także korzystnie na stan durowaty (status typhosus). Jest rzeczą oczywistą, że w cięższych przypadkach przy obniżającej się jakości tętna i oddechu stosujemy wydajnie środki nasercowe, naczynioruchowe i oddechowe, głównie kofeinę, kamforę, naparstnicę, hekseton, koraminę, kardiazol i t. p. Większość chorych na tyfus otrzymuje także wino w małej ilości. Wino działa w pierwszym rzędzie przez rozszerzenie naczyń skórnych może nieco antypiretycznie, a pozatem wzmacniająco i odżywczo. Gdy niema dostatecznej możliwości doprowadzenia płynu per os, w razie krwotoków jelitowych i w stanach zapaściowych stosujemy często wlewania podskórne roczczynu Ringera z dodaniem adrenaliny lub bez tejże. Przy krwawieniach z jelit wzbraniamy wszelkie odżywianie per os, zastępując je doprowadzaniem płynów przez wlewania roczczynu Ringera,

oraz podajemy nieco opjum. W razie zaparć stosujemy przeważnie lawatywy, rzadzie olej rącznikowy. Nigdy nie zauważyliśmy przy tych ostatnio wymienionych środkach ujemnych skutków, których się dawniej obawiano. Odleżyny rozpoczynające się lub istniejące powinny być oczywiście starannie leczone. Przy przedziurawieniu jelit—o ile wogóle w durze wobec i tak ciężkich objawów jelitowych takie samo przez się trudne rozpoznanie daje się ustalić — należy jaknajwcześniej uciec się do zabiegu chirurgicznego.

Swoiste (chemoterapeutyczne) leczenie duru.

Jakkolwiek pożyteczne może być niespecyficzne leczenie, nie da się zaprzeczyć, że w ten sposób nie wszystkie żądania lecznictwa mogą być spełnione i że należało dążyć do zniszczenia zła u jego podstawy i zwalczać samą infekcję tyfusową. Wprawdzie w tym kierunku robiono już dawniej poszukiwania, lecz jak dotąd, bez zadawalniających wyników.

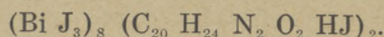
Stosowanie surowic okazało się iluzoryczne. Leczenie szczepionkami z zabitych hodowli durowych, jak to zalecał *Fränkel* i co sam stosowałem, okazało się wskutek swej obosieczności również nieodpowiednie. Bezskuteczne również jest leczenie podług *Rumpfa* zapomocą zabitych hodowli prątka błękitnej ropy, które stanowi przejście do t. zw. niespecyficznej proteinoterapji. I ta ostatnia nie jest polecenia godna, gdyż tyleż szkody, co korzyści przynosi i nie odpowiada wymaganiom nauki.

Metoda ta leczenia ma charakter obosieczny, liczący na szczęśliwy traf. Dlatego też od 5 lat starałem się leczyć dur zapomocą chemoterapji i w tym celu, jak już wzmiankowałem, używałem *Jodobismutan chininy* (Quinby), w stosowaniu którego posiadłem szerokie doświadczenie używając go w leczeniu kiły. Wybór tego leku oparty jest poprostu na dowiedzionem antyseptycznem działaniu oligodynamicznem bismutu przy stosunkowo słabej jego jadowitości. Chcę tu powiedzieć kilka słów o antyseptycznem działaniu tego metalu. Preparaty bismutowe są znane jako antyseptyki w postaci proszków (dermatol xeroform, airol) i mają dzisiaj wielkie zastosowanie. Punktem wyjściowym w stosowaniu wszystkich tych preparatów było pierwotne stosowanie bismutum subnitricum jako antyseptyku w postaci proszku. *Kocher* stosował go zamiast jodoformu jako proszek do posypywania, szczególniej zaś w postaci papki (uprzednio zmieszanej z wodą, a później obsuszonej papki bismutowej), którą pokrywał świeże rany po operacji. Taki sposób leczenia okazał się wyśmienitym. Dzisiaj stosuje się bismutum subnitricum jako zasypka antyseptyczna jeszcze tylko przeważnie w świeżych oparzeniach. Te zastosowania bismutum subnitricum w chirurgji są szczególnie ciekawe, gdyż tutaj w przeciwieństwie do poprzednio wymienionych środków (xeroformu, dermatolu, airolu), żadne inne składniki poza bismutem nie mogą odgrywać żadnej roli. Bismut rozwija przy prawie zupełnej swej nierozpuszczalności widocznie tak zw. oligodynamiczne trwałe działanie. *W. Lanz*, uczeń *Kocher'a* stosował bismutum subnitricum w postaci pałeczek w leczeniu przetok w gruźlicy kostnej, lub też w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych, w pobliżu ognisk gruźliczych, a nawet (również w postaci śródmięśniowych wstrzyknięć) zalecał bismut w leczeniu ogólnem gruźlicy płucnej. Przedwczesna śmierć nie pozwoliła mu poprzeć tej ostatniej metody leczenia własnem doświadczeniem. Najbardziej znane jest jednak stosowanie bismutum subnitricum do wewnątrz w chorobach jelitowo-żołądkowych. Działanie to przypisywały stare farmakologje pokrywającemu wpływowi nierozpuszczalnego lub słabo rozpuszczalnego proszku, przypuszczenie może być słuszne w owrzodzeniu żołądka, natomiast biorąc pod uwagę słabe, a jednak skuteczne dawki, daje się z trudem zastosować do wytłumaczenia działania przeciwbiegunkowego.

To ostatnie działanie chciano przypisać zdolności wiązania siarkowodoru, co jednak wobec małej zawartości siarkowodoru w jelitach gra bardzo małą rolę. Pozatem przypisuje się jeszcze przeciwbiegunkowe działanie, bez specjalnego na to dowodu, również właściwości ściągającej, co jednak jest mało prawdopodobne wobec prawie zupełnej nierozpuszczalności tego preparatu. Osobiście jestem zdania, opierając się na wynikach stosowania bismutu w chirurgji, że działanie przeciwbiegunkowe polega na miejscowem działaniu odkażającem i przeciwjadowem. Tu również wspomnieć należy o stosowaniu bismutum subnitricum w miejscowem leczeniu rzeżączki. Świetne

wyniki leczenia zapomocą podawania bismutu do wewnątrz w zaburzeniach jelitowych, a zwłaszcza w biegunkach durowych, kazały mi przypuszczać, że działanie jego skierowane jest specjalnie przeciwko bakterjom jelitowym, a więc i przeciwko bakterjom grupy prątka okrężnicy i prątka durowego. Nadzieja, że próby leczenia chemoterapeutycznego bismutem w durze mogły rokować powodzenie znajdowała oparcie w przypuszczeniu, że działanie tak słabo rozpuszczalnego preparatu musi być oligodynamiczne i może również drogą krwiobiegu będzie miało dostateczne znaczenie. I to tembardziej, że i w leczeniu przeciwkiłowem, którego naśladownictwem jest leczenie duru zapomocą bismutu, najwidoczniej już małe jego ilości przenikające w krew wywołują niewątpliwy wpływ. Przytem można było przypuszczać, że właśnie takie, jak w leczeniu kiły stosowane tworzenie zapasów (Depots) środka leczniczego okaże się pomocne i odpowiednie wskutek swej łagodności i długotrwałości działania, szczególnie w tak długo trwającej chorobie, jak dur brzuszny. Przyznaję, że wobec niepewnego charakteru tego zupełnie przypadkowego rozumowania, które mnie pobudziło do badań nad leczeniem zapomocą Quinby — byłem właściwie mile zaskoczony, kiedy pomyślne, często świetne wyniki terapeutycznych doświadczeń zdawały się wskazywać na swoiste działanie tego preparatu. W obecnym stanie swych doświadczeń i spostrzeżeń, czuję się zobowiązany podać do wiadomości kolegów wyniki mych badań i polecić zastosowanie śródmięśniowych wstrzykiwań Quinby w durze. Mogę to zrobić z tem czystszem sumieniem, że leczenie to uskuteczniane według ustalonych przeze mnie dla kiły prawideł, zupełnie jest nieszkodliwe, niezwiązane z żadnemi technicznemi trudnościami i zarówno choremu, jak i lekarzowi nie przysparza żadnych nieprzyjemności. Jedyne pewne, spostrzegane w leczeniu kiły, działania uboczne bismutu są to z jednej strony znane popielate zabarwienia dziąseł i błon śluzowych jamy ustnej, czasami wreszcie nasilające się aż do podrażnienia zapalnego — z drugiej strony, podrażnienie nerek. Objawy te jednak nie są nigdy niebezpieczne, jak to wiemy z lecznictwa kiłowego, a co potwierdza leczenie duru zapomocą bismutu, przy rozumnem dawkowaniu i ścisłej obserwacji chorego, która umożliwia odpowiednie dawkowanie, należy tylko przy pierwszych objawach, omawianych działań ubocznych zaprzestać podawania tego środka. W 37 przypadkach duru leczonego zapomocą Quinby nie mieliśmy ani razu przykrego powikłania.

Z pośród licznych związków bismutowych przeciwkiłowych, będących w użyciu, wybrałem złożone połączenie chininy i bismutu, znane pod nazwą *Quinby*, albo jodchinin-bismutu. Syfilidolodzy uważają ten środek jako szczególnie łagodny i pozbawiony działań ubocznych. Preparat ten (laboratorjum *Aubry*, Paryż), znajduje się w handlu w postaci zawiesiny oleistej (obecnie i w roztworze wodnym — Quinby soluble), koloru cynobru, w ampułkach, zawierających 0,3 gr. substancji w 3 cc. emulsji. Stanowi to dla dorosłych zwykłą jednorazową dawkę, którą naturalnie dla dzieci zmniejsza się i przelicza w stosunku do przybliżonej wagi ciała. Wzór tego preparatu, nie będącego mieszaniną, lecz prawdziwem połączeniem — jest podług kodeksu *Gehe'go* następujący:



$$(Bi\,J_3)_8\,(C_{20}\,H_{24}\,N_2\,O_2\,HJ)_2.$$

Wychodząc z tego wzoru i obliczając podług ciężarów atomowych określamy zawartość metalicznego bismutu około 30%, około 51% jodu i około 19% chininy. Wyżej wspomniane, odpowiadające jednej dawce, ampułki zawierają więc około 0,09 bismutu, około 0,15 jodu i około 0,05 chininy. Ta ostatnia cyfra jest ciekawa dlatego, że jak z niej wynika, spostrzegany po wstrzyknięciu spadek temperatury, który zresztą zwykle trwa kilka dni, a czasem znamionuje zakończenie sprawy, nie może być przypisywany zwykłemu działaniu przeciwgorączkowemu chininy. Ponieważ dzięki stosowaniu Quinby w kile jesteśmy z tym preparatem i jego dawkowaniem doskonale obznajmieni — leczenie tyfusu zostało przeprowadzone ściśle według schematu leczenia przeciwkiłowego. Wstrzykiwano co 2 dni, na trzeci; w cięższych przypadkach, czasem przejściowo z przerwą tylko jednodniową, 1 ampułkę, czyli 3 cc. Quinby; u dzieci, stosownie do przybliżonej wagi ciała ½ lub ⅓ część ampułki, śródmięśniowo w okolicę pośladków. Wstrzyknięcia te są zupełnie bezbolesne.

Ponieważ chodzi tu o wytworzenia zapasu leku (depôt) ze stopniowem wchłanianiem środka — schemat powyższy jest zupełnie dopuszczalny. Prowadzi on bowiem do stopniowego nasycania ustroju z pominięciem ostrego zadziałania środka. Przeważnie nie przekraczaliśmy 6—8 wstrzykiwań, gdyż do tego czasu chorzy najczęściej czuli się tak dobrze, że można było zaprzestać kuracji. Tylko w jednym przypadku zrobiono 10 wstrzykiwań, w niektórych przypadkach 1—2, wówczas mianowicie, kiedy dzięki nim choroba została przerwaną. Doświadczenie osiągnięte w leczeniu kiły, wykazuje, że w razie potrzeby, można ten preparat wstrzykiwać częściej, przy pilnej kontroli stanu dziąseł i nerek. Szare zabarwienie dziąseł zauważyliśmy w 37 przypadkach tylko dwa razy, a i to bez podrażnienia całej jamy ustnej. Podrażnienia nerek nie spostrzegaliśmy nigdy, mimo że i przed leczeniem małe ilości białka były znajdywane w moczu. Ilość białka nigdy nie ulegała zwiększeniu, nawet w przypadku, w którym musieliśmy rozpoznać poprzednio istniejące zapalenie nerek. Naturalnie przy leczeniu kiły spotyka się te uboczne działania częściej, gdyż leczenie tam trwa znacznie dłużej niż w durze. Zresztą uchodzi Quinby w leczeniu kiły pod względem działań ubocznych za jeden z nieszkodliwszych środków, zapewne dzięki stosunkowo małej zawartości bismutu. Oczywiście, z chwilą wystąpienia wspomnianych działań ubocznych — należy przerwać niezwłocznie stosowanie środka. Postępując w ten sposób możemy się niczego nie obawiać. Ponieważ zapomocą Quinby osiągnęliśmy tak doskonałe wyniki, nie mieliśmy powodu badania innych preparatów bismutu i nie zalecałbym na raze takiej zamiany preparatów w doświadczeniach. Jedno bowiem z najważniejszych prawideł terapji lekowej stanowi trzymanie się znanych doskonale i wypróbowanych środków i niezastępowanie ich niepotrzebnie, zasada, przeciw której, niestety, wiele się wciąż grzeszy, z wielką szkodą dla chorych, wskutek polipragmazji spowodowanej przez dzisiejszy rozwój przemysłu farmaceutyczno-chemicznego.

Innym jeszcze powodem, do nieporzucania i niezmieniania Quinby jest przypuszczenie, że aczkolwiek w działaniu tego środka tak samo mało uwidacznia się działanie chininy, jak i jodu, to jednak może właśnie ten swoiście złożony skład chemiczny tego preparatu stanowi o jego działaniu dodatniem.

Nie wydaje mi się również wskazane forsowanie działania leku przez powiększenie dawek, gdyż powinniśmy dobrze zapamiętać, że również i przy leczeniu swoistem niczego „wymusić“ nie jesteśmy w stanie. Lekarz jest — o czem często się zapomina — nie „magistrem“, lecz „ministrem“ natury i niema takiego środka, któryby pomagał *zawsze*, a wysokie dawki często nie są skuteczniejsze od słabszych.

Leczenie zapomocą Quinby zostało wprowadzone w mojej klinice w roku 1924 i od tego czasu, wobec rzadko u nas spostrzeganego duru brzusznego, leczyliśmy tym środkiem tylko 37 przypadków. Jeżeli idę tu za radą Horacjusza — nie dosłownie, lecz tylko połowicznie „nonum prematur in annum“ — nie można mi przecież postawić zarzutu zbyt pośpiesznego doniesienia, tembardziej, że jest bardzo pożądane, aby i inni wypróbowali ten sposób leczenia, który mi się wydał korzystnym i nieszkodliwym.

Powtarzam, że obok leczenia zapomocą Quinby, zwykle u nas stosowane i dawniej jedyne leczenie nieswoiste, które scharakteryzowałem wyżej, pominiętem być nie powinno, gdyż odpowiada ono specjalnym wskazaniom. Niespecyficzne leczenie było stosowane obok specyficznego. Jeżeli to ostatnie wogóle ma jakąś wartość, jak to sądzę o leczeniu zapomocą Quinby, to korzyści jego muszą być widoczne, pomimo połączenia z leczeniem nieswoistem i byłoby zupełnym absurdem, aby dążąc do tak zw. „czystości doświadczenia“ przy jakiemś leczeniu swoistem, zaniechać np. stosowania środków nasercowych, gdy zajdzie po temu potrzeba. Właśnie w ten sposób doświadczenie nie byłoby prawidłowe, gdyż ciężko chory stałby się wtedy niczego niedowodzącym, nieprzydatnym dla swoistego leczenia objektem. Naodwrót, aby nie zaciemniać sądu co do przebiegu krzywej temperatury, we wszystkich przypadkach należy wyrzec się stosowania środków przeciwgorączkowych. Gdzie w drodze wyjątku i to tylko przejściowo podawano trochę piramidonu — nie wykazał on na przebieg choroby żadnego wpływu, mogącego mylić co do działania Quinby. Za wyjątkiem krzywej przypadku 18-ego, wszyst-

kie krzywe pochodzą z przypadków, gdzie nie stosowano środków przeciwgorączkowych, a nawet i w przypadku 18 krzywa nie była przez Piramidon poważnie zmienioną.

Co do działania leczniczego Quinby, to naturalnie jak we wszelkich kwestjach terapeutycznych, niełatwo jest wydać zupełnie pewny sąd. Naogół wrażenie było bardzo korzystne, szczególnie w przypadkach, gdzie środek został wcześnie zastosowany. Przypadki takie już po kilku wstrzyknięciach wykazywały stałe ustąpienie gorączki. Chociaż statystyka lecznicza w zwykłem tego słowa znaczeniu, opierająca się na porównaniu śmiertelności, zarówno jak na ciężkości przebiegu i okresie trwania choroby w przypadkach leczonych i nieleczonych, niezawsze pozwala na porównanie bezwzględnie prawidłowe (ze względu na przeważnie zbyt małą liczbę takich leczniczych serji doświadczalnych oraz przypadkowe zmiany ciężkości przypadków), to jednak na korzystną ocenę wpłynął fakt, że o ile leczone przez nas zapomocą Quinby przypadki dały się dla osądzenia tej terapji zużytkować — wykazały one uderzająco mniejszą śmiertelność. Z 37 przypadków, leczonych zapomocą Quinby — umarło tylko 3. Ale dwaj chorzy z pośród nich byli przywiezieni w bardzo ciężkim stanie, w agonji do kliniki, tak że wogóle nie nadawali się do krytycznej oceny, gdyż im nawet ewentualnie dobry wpływ leczenia Quinby już niczby nie pomógł. Jednemu z nich zdążyliśmy wogóle przed śmiercią zrobić tylko jedno wstrzyknięcie (Nr. 28). U drugiego (Nr. 29) — upadek sił (tętno, oddech), był taki, że chociaż zdołaliśmy wykonać parę wstrzyknięć, zgóry można było przewidzieć ich bezskuteczność. Trzeci przypadek śmiertelny nie nadawał się również do opinjowania o działaniu Quinby, gdyż chory ten umarł wskutek ostrego zatrucia kamforą. Otrzymał on naraz wskutek smutnej pomyłki — dzienną dawkę 4 gr. kamfory i zmarł przy typowych objawach zatrucia kamforą w delirjum i klonicznych drgawkach.

Jeżeli odrzucimy przypadek 28 i 12, jako nienadające się do wykorzystania, to z 35 pozostałych przypadków — tylko w jednym nastąpiła śmierć. O ile z tak małej liczby przypadków można wyciągać wnioski, czego w żadnym razie nie twierdzę, to śmiertelność wynosi: 1 : 35 = około 3%. W przeciwstawieniu do tego przegląd historji chorych, którzy od 1916 roku byli leczeni bez Quinby — wykazuje 18 przypadków śmiertelnych na 199, czyli 9,5% śmiertelności. Ponadto, do tych 199 przypadków zaliczone były i bardzo lekkie przypadki, w których przy wprowadzeniu leczenia zapomocą Quinby, właśnie dla łagodnego przebiegu, byłoby (aby uniknąć omyłek w kierunku zbytniego optymizmu), zgóry wyłączone leczenie za pomocą Quinby. W ten sposób śmiertelność przypadków nieleczonych zapomocą Quinby byłaby wskutek zmniejszenia ogólnej liczby przypadków jeszcze nieco większa. Śmiertelność więc w przypadkach, leczonych zapomocą Quinby jest w przeciwstawieniu w każdym razie o wiele mniejsza, szczególniej jeśli weźmiemy pod uwagę ciężkość przypadków poddanych temu leczeniu.

Jednakże, jak powiedziałem, uważam wartość takiej statystyki ze względu na tak mały materjał statystyczny i wpływ przypadku, zarówno jak i na trudności przy procentowem obliczaniu małych liczb — za bardzo niską. Po zestawieniu naprzykład tej pracy zdarzył się śmiertelny przypadek — przy leczeniu chorego zapomocą Quinby (gdyż najskuteczniejszy lek nie może wszystkich wyleczyć) — co przy tak małej liczbie przypadków stawałoby się zaraz b. niekorzystne dla statystyki śmiertelności. W rzeczywistości przypadek taki zdarzył sie w klinice wkrótce po mojem wystąpieniu z niej. Chory zmarł na zator płuc, pomimo leczenia zapomocą Quinby. O tym przypadku jednak, jak i o innych pomyślnych, leczonych zapomocą Quinby, nie mogę nic powiedzieć, gdyż po wycofaniu się mojem z kierownictwa kliniki nie miałem już sposobności je spostrzegać.

Wspomniana trudność statystycznej krytyki wyników leczniczych wobec małej liczby przypadków ma znaczenie nietylko dla oceny śmiertelności, lecz również dla oceny okresu trwania choroby. Przypadek tu gra rolę zbyt wielką. W durze zresztą krytyka wpływu jakiegoś sposobu leczenia na trwanie choroby jest chociażby dlatego bardzo trudna, że początek choroby nie daje się ściśle określić, i że wogóle czas trwania duru jest nie zawsze jednakowy. Podręczniki zbytnio schematyzują. Są bowiem obok typowych, trwających 4 tygodnie, nie-

tylko przypadki, które bez stosowania jakiegokolwiek leczenia mają przebieg krótszy, niemal poronny, lecz i takie, których przebieg, bez żadnych specjalnych powikłań, przedłuża się dwa, lub trzykrotnie ponad czas podany w podręcznikach. Dlatego też uważam statystykę trwania duru brzusznego w przypadkach leczonych i nieleczonych za bardzo niepewne kryterjum oceny danego sposobu leczenia.

Aby być w dalszym ciągu łatwiej zrozumiałym, będę te zwykłe i, jak widzimy, mało pożyteczne metody leczniczej statystyki w zwykłem tego słowa znaczeniu, oceniającej wartość wyników ze stanowiska długości trwania choroby, lub śmiertelności — określać, jako wielkostatystyczną metodę. Miałoby to oznaczać, że dla tego sposobu konieczny jest bardzo duży materjał liczbowy, gdyż wtedy, jak przyjmują, i to tylko z częściową słusznością, niweluje się poniekąd przypadkowość. Na tę konieczność zresztą oddawna kładziono nacisk w zestawieniach statystycznych. Ponieważ jeden obserwator nie rozporządza prawie nigdy tak znacznym materjałem, starano się usunąć tę przeszkodę przez łączenie statystyki różnych badaczy, celem jej powiększenia. Jednakże różnorodność materjału i, co zatem idzie, trudności w wydaniu sądu zwiększają się choćby tylko z tego powodu, że każdy badacz ukształtowuje sposób postępowania w zależności od swych poglądów i zapatrywań i to tak co się tyczy głównej terapji, która podlega ocenie, jak i często niemniej ważnego dla wyniku pomocniczego nieswoistego lecznictwa. Co pomoże np. leczenie swoiste, jeżeli pozwolimy choremu umrzeć wskutek osłabienia serca. Wydaje mi się rzeczą ważną, aby raz nareszcie wystąpić z całą ostrością przeciwko tym bezkrytycznie ogłaszanym zbiorowym wielkim statystykom i wykazać ich nieodpowiedniość. Metodę leczniczą nie charakteryzuje jej nazwa, lecz sposób jej stosowania. Jako dowód tego, że taka statystyka lecznicza nie ma znaczenia, chcę, bez podawania szczegółów, wskazać na pełną sprzeczności statystykę sanatorjów gruźliczych, jak również na zbiorową statystykę, dotyczącą różnych metod leczenia, które dzięki niemożności porównania materjału i niemożności prawidłowego i ścisłego podziału przypadków gruźliczych dla krytycznie nastrojonego badacza nie przedstawia żadnej wartości naukowej, czy to chodzić będzie o działanie klimatu, czy tuberkulin., terapji złotowej lub odmy sztucznej. Ta, tylko co przytoczona, niemożność posiłkowania się wielką statystyką leczniczą (ze względu na porównywanie rzeczy nie dających się porównać), znajduje swój odpowiednik w fakcie, że i dla celów zapobiegawczych wielka statystyka również nie jest odpowiednia. Przypominam przytem, że najpierw, na podstawie wielkiej statystyki, pożytek szczepienia ochronnego przeciwdurowego został bez zastrzeżeń potwierdzony, wówczas, gdy w nowszych czasach przy więcej krytycznem ujęciu statystyki, korzyść ta jest zaprzeczaną. Tak samo kwestja leczniczego znaczenia środków przeciwgorączkowych, względnie, kwestja pożytku lub szkodliwości gorączki z wyżej wymienionych powodów, t. j. wskutek nieporównalności materjału nie mogła być rozstrzygnięta na podstawie wielkiej statystyki i na tej drodze rozstrzygnięta być nie może. Również i sprawa korzystnego działania naparstnicy na sercowo-chorych nie mogła być zapomocą wielkiej statystyki stwierdzona, gdyż i tutaj różnorodność materjału wzrasta wraz z liczbą i zaniedbaniem doboru przypadków i segregacji.

Przy takim stanie rzeczy należy, zwłaszcza dla interesującej nas sprawy, leczenia duru zapomocą Quinby, również, chociaż ogólnikowo, omówić te drogi, jakimi rozporządza klinicysta i lekarz praktyk (wobec zawodności wielkiej statystyki leczniczej), w celu bezspornego rozstrzygania zagadnień leczniczych. Wydaje mi się omówienie w najogólniejszem ujęciu tego zagadnienia wiedzy tembardziej potrzebne, że dotychczas nie było ono prawie poruszane.

Ci, którzy postępu medycyny ciągle jeszcze oczekują od badań nad zwierzętami, co, jak wiadomo, zdarza się tylko w bardzo ograniczonej mierze, powiedzą może poprostu, że chemoterapja, o którą tu chodzi, oparta jest wszak w znacznej mierze na doświadczeniach nad zwierzętami i dlatego należy działanie przeciwdurowe Quinby w pierwszej linji wypróbować na zwierzętach, a dopiero potem stosować u ludzi. Lecz, pomijając to, że te środki, których działanie stwierdzone zostało na zwierzętach, jak np. leczenie surowicami — przy-

stosowaniu u ludzi zupełnie zawiodły — badanie na zwierzętach zagadnienia leczenia przeciwdurowego jest zupełnie niemożliwe. U zwierząt bowiem doświadczalnych niemożliwe jest wywołanie zapomocą prątków durowych schorzenia odpowiadającego ludzkiemu durowi, a spostrzegamy tylko pewne objawy zatrucia. Jedynie paratyfus daje się jako infekcja przenosić na zwierzęta doświadczalne, lecz i tutaj, powstający obraz choroby jest właściwie obrazem posocznicy i zupełnie nie odpowiada infekcji paratyfusowej, mającej u człowieka przebieg durowy. Dlatego też droga wypróbowania na zwierzętach leku przeciwdurowego, przeznaczonego dla ludzi — jest zupełnie dla nas zamknięta. Nie sądzę również, aby badania in vitro nad reagowaniem hodowli prątków duru i paratyfusu na różne środki zawierające bismut mogłyby przedstawiać dla naszego zagadnienia jakąś korzyść. Zarówno w wypadku pomyślnym jak i niepomyślnym, niczego by one nie dowiodły.

W lecznictwie właśnie obowiązuje hasło: „Hic Rhodus, hic salta". Przy łóżku chorego, a więc klinicznie, należy rozwiązywać zagadnienia lecznicze. Szczególniej zaś w durze brzusznym i durze rzekomym nie ma innej możności wypróbowania jakiejkolwiek metody leczniczej, jak tylko na drodze stosowania jej u chorych ludzi.

Postępowanie, które już nawet na skromnym materjale (gdzie wielka statystyka w zwykłem tego słowa znaczeniu, tj. polegająca na porównaniu śmiertelności i czasu trwania choroby w przypadkach leczonych i nieleczonych, dla wyżej opisanych powodów — zawodzi) — może przecież dać wyjaśnienia i któremu, jako praktycy, zawdziczamy wieksza część naszych terapeutycznych wiadomości — polega na tem, że kładziemy nacisk na czas wystepowania wpływu podlegającego leczniczemu zbadaniu środka i ustalamy w jakim stosunku procentowym przypadków leczonych w takim czasowym związku z lekiem zauważony został wynik dodatni, a w jakim stosunku procentowym korzyść ta zauważyć się nie daje. Metoda ta, jeśli o to chodzi, jest również statystyką — coprawda w zupełnie innem znaczeniu niż zwykła wielka statystyka. Tylko porównywujemy tu nie przypadki leczone i nieleczone, a wykorzystujemy jedynie przypadki leczone zapomocą metody, która ma być zbadaną, i porównujemy procentowo liczbę czasowo z danem leczeniem związanych wyników dodatnich z liczbą ujemnych wyników. Przypadki nieleczone przytem (i to jest ważnym punktem tej metody) — w przeciwstawieniu do zasady wielkiej statystyki — nie bierze się zupełnie pod uwagę i każdy przypadek jest poniekąd traktowany oddzielnie. To postępowanie — w przeciwstawieniu do wielkiej statystyki, która dla wyżej podanych powodów nie daje się zastosować — chcę określić jako małostatystyczne badania leczniczych wyników leczenia. Statystyczność w tej metodyce polega jedynie na procentowem ustaleniu niewątpliwie w związku z leczeniem występujących wyników dodatnich w stosunku do braku tych wyników. Można zatem, dla prostszego określenia rzeczy — mówić o statystyce poszczególnych wyników dodatnich i braku wyników. Można również mówić o wnioskach leczniczych na podstawie spostrzeżeń klinicznych pojedyńczych przypadków. Przypadki te naturalnie osiągają pewne znaczenie, jeśli powtarzają się często i jeżeli i przy tej metodzie materjał obserwacyjny nie jest zbyt mały. Tu jednak wystarcza (i to jest b. znamiennem dla tej metody) w przeciwstawieniu do wielkiej statystyki — stosunkowo niewielka liczba przypadków, jaką lekarz praktyk rozporzadza — aby módz wyrobić sobie zdanie osobiste o wartości metody. Tu bowiem współczesność występowania działania z zabiegiem leczniczym nadaje wnioskom szczególną pewność. Ta zasadnicza różnica pomiędzy badaniem wyników w małej statystyce a wielką statystyką niedostatecznie jeszcze przeniknęła do świadomości lekarzy i badaczy i dlatego jest rzeczą ważną zwrócić na to uwagę.

Na możliwości takiego czysto klinicznego badania występowania leczniczego działania polega fakt, że każdy lekarz praktykujący od pierwszego dnia swej praktyki, w miarę wzrastania doświadczenia wyrabia sobie coraz bardziej zdanie o stosowanym przez niego środku i wie, czego od niego spodziewać się może. We wzrastaniu liczby takich przypadków leży wartość tak zwanego praktycznego doświadczenia lekarskiego. Lecz tutaj nie potrzebną jest tak wielka liczba przypadków, jak dla wielkiej statystyki. Chwała Bogu, że tak jest. Bowiem terapja, która opierałaby się jedynie na

wielkiej statystyce, byłaby nietylko czemś bardzo niepewnem, lecz jeszcze do tego czemś w najwyższym stopniu nieciekawem i nie dawałaby żadnego bodźca do postępu. W ten sposób małostatystyczne obserwacje leczniczych wyników są najlepszym środkiem badania. Dzięki temu każdy lekarz może stać się badaczem, przed którym rozjaśnia się ciemnia wielkiej statystyki. Każdy lekarz może np. ustalić działanie naparstnicy już na stosunkowo małej liczbie dobrze wybranych, pod względem djagnostycznym, przypadków. Dzięki temu wartość tego środka utrwaliła się doskonale w świadomości lekarzy. To samo można powiedzieć i o działaniu żelaza w prawdziwej blednicy.

Ta terapeutyczna metoda badawcza opiera się na zasadzie „post hoc ergo propter hoc". Zasada ta bywa wprawdzie często lekceważona i nawet ośmieszana. Jednak zarzuty te są o tyle tylko uzasadnione, o ile stosuje się zasadę tę — jak to często zresztą bywa — bezkrytycznie t. zn. bez względu na możność porównania poszczególnych przypadków i bez dostatecznego uwzględnienia częstości czasowej koincydencji dodatnich wyników i stosowania danego środka oraz bez dostatecznego uwzględnienia należytej dokładności koincydencyj w czasie. Jak użytecznem natomiast jest właściwe zastosowanie zasady „post hoc ergo propter hoc" wynika z tego, że od najdawniejszych czasów te wiadomości terapeutyczne, które są pewne, opierają się właśnie prawie wyłącznie na tej zasadzie.

Odnosi się to zarówno do swoistego leczenia kiły, gośćca, zimnicy jak i do objawowego wpływu makowca i morfiny oraz do znakomitych skutków otwarcia ropnia. A nawet można pójść dalej i twierdzić, że wogóle w naukach przyrodniczych, zarówno w chemji jak i fizyce związki przyczynowe ustala się najcześciej właśnie drogą krytycznych wniosków końcowych, wysnutych zgodnie z zasadą „post hoc ergo propter hoc".

Także chirurgja, dla której stwierdzenie dodatnich wyników jest znacznie łatwiejsze niż dla medycyny wewnętrznej, posługuje się tą zasadą przy ocenie wyników. Tylko ignorowanie dodatnich skutków psychicznych nawet niecelowych operacyj (np. przy rzekomem zapaleniu ślepej kiszki) może doprowadzić do błędnej interpretacji a wobec tego i do błędnego rozpoznania ex iuvantibus. Bezpośredni wynik jest przecież właśnie w chirurgji bardzo wyraźny, tak, że metoda obserwacyjna statystyki małej jest przeważnie bardzo ułatwiona. Skoro tylko jednak chirurgja przeniesie się w dziedzinę ogólnej statystyki, wówczas uwydatnia się złudny charakter tej ostatniej. Okazuje się to zresztą często w sprzecznych spostrzeżeniach o śmiertelności i niebezpieczności operacyj. Przypadek odgrywa właśnie i w chirurgicznej statystyce rolę wybitną i często fatalną.

Tylko wyżej opisane zastosowanie szczegółowo - statystycznej obserwacji terapeutycznej, przy której podpatrujemy naturę przy kądzieli, używając wyrażenia Kanta w innym wprawdzie związku, sprawia, że kwestja dalszego postępu terapji nie wydaje się beznadziejną. Ten sposób badań daje się zastosować także do chemiczno - terapeutycznego oddziaływania na dur zapomocą Quinby.

Wobec powyższego chodzi nam zatem o to, w ilu przypadkach wykazać można pod względem czasowym związek między wstrzykiwaniem Quinby i zmianą na korzyść w przebiegu choroby oraz w ilu przypadkach wpływ taki się nie zaznacza. Warunek oczywisty stanowi bezwzględna pewność rozpoznania i dlatego zużyłem w swem materjale obserwacyjnym tylko zupełnie pewne przypadki duru, w których słuszność rozpoznania obok zwykłych objawów klinicznych potwierdzał także i wynik badań pracownianych.

Zachodzi jedynie pytanie, jakie objawy duru mamy uznać za podstawowe, przy ustaleniu wyników, w związku z wpływem wstrzykiwania Quinby. Oczywiście w pierwszej linji będzie to wpływ na temperaturę w sensie obniżenia jej, jako dający się ująć w cyfry i przedstawić graficznie w postaci krzywej. Omyłki co do wpływu Quinby a zwykłą objawową antipyrezą dadzą się łatwo wyłączyć, nietylko biorąc pod uwagę wyżej opisany skład chemiczny Quinby (znikoma zawartość w nim chininy) lecz również wskutek zupełnie swoistego działania tego leku na ciepłotę. Działanie to różni się zupełnie od działania zwykłego środka przeciwgorączkowego tem, że jest stopniowe i ciągłe. Obok wpływu na ciepłotę są oczywiście miarodajne dla oceny i inne dodatnie zmiany w stanie chorego, pozosta-

jące w związku czasowym z wstrzykiwaniami leku. Objawy te zresztą występują zazwyczaj równolegle ze spadkiem temperatury. Samopoczucie, tętno, oddech, wpływ na status typhosus, na przytomność, na suchość języka, zmniejszenie biegunek i wzdęcia brzucha, znikanie różyczki — stanowią podstawowe kliniczne oznaki polepszenia, posiadające tylko tę ujemną stronę, że nie są tak przedmiotowe, jak ciepłota. Wszystkie te objawy składają się na całokształt obrazu polepszenia klinicznego.

Bardzo charakterystycznem było spostrzeżenie, że o ile te objawy polepszenia występowały, nasilały się one wyraźniej po każdem następnem wstrzyknięciu. Jeżeli np. w dniach najbliższych po pierwszem wstrzyknięciu ciepłota spadała, a następnie znowu się podnosiła, to, w typowych przypadkach, spadła stopniowo i tym razem niżej niż po pierwszem wstrzyknięciu (krzywa 4) i tak dalej, aż do zupełnego spadku temperatury. Otrzymywało się przez to często wrażenie z każdem wstrzyknięciem wzrastającego, swoistego odczynu obronnego przed chorobą. W niektórych przypadkach, szczególniej przy wczesnem zastosowaniu leczenia Quinby, temperatura już po niewielu wstrzyknięciach, a czasem nawet po pierwszem, krytycznie lub stopniowo opadała do poziomu prawidłowego. Wszystkie te objawy występowały zbyt często i regularnie w odróżnieniu od innych mniej wyraźnych wpływów lub zupełnego braku wyniku, aby można było uważać je za przypadkowy zbieg okoliczności. Jako wyraźnie pomyślny wpływ były w historji choroby oznaczone tylko te, przypadki, w których po jednym lub kilku wstrzyknięciach wszystkie objawy z ciepłotą włącznie wykazywały uderzającą poprawę. Dalszem zadaniem było ustalenie, jak często, to znaczy w ilu odsetkach przypadków stwierdzić było można taką wybitną poprawę związaną czasowo z wstrzykiwaniami, a w ilu przypadkach nie była ona spostrzegana.

Liczbowe opracowanie tego małostatystycznego ustalenia podług zasad rachunku prawdopodobieństwa, który stanowi podstawę takiego rodzaju małej statystyki — będzie podane później.

Brak miejsca nie pozwala mi na podanie w całej rozciągłości klinicznego materjału i dlatego muszę poprzestać na wyciągach. Z krzywych temperatury będą mogły być podane również tylko niektóre charakterystyczne przykłady. Wspominałem już, że dur rozpoznawano ściśle nietylko klinicznie, lecz i przy pomocy znanych metod laboratoryjnych, — mianowicie prób aglutynacji i w wielu przypadkach również poszukiwania prątków duru lub paraduru we krwi i badania obrazu morfologicznego krwi. Zgodnie z rozwiniętem w moim podręczniku stanowisku co do stosunku infekcji durowej do paradurowej — przypadki te nie były rozdzielane, gdy paratyfus przedstawiał wybitnie durowy obraz kliniczny, a nietylko zwykły obraz zapalenia jelit. Jednakowoż w wyciągach z historji choroby jest zawsze zaznaczone, czy dany przypadek został rozpoznany na podstawie próby aglutynacji lub też badania bakterjologicznego jako dur, lub paratyfus. Klinicznie przekonaliśmy się przytem znowu, że dawniej wysuwane różnice pomiędzy durem i paradurem (o ile paratyfus nie przebiega jedynie jako zwykłe zapalenie jelit) — właściwie nie istnieją i że twierdzenie, że paratyfus naogół ma lżejszy przebieg niż t. zw. dur prawdziwy — nie jest słuszne. W naszym materjale obserwacyjnym widzimy tak samo bardzo lekko przebiegające prawdziwe dury, jak i bardzo ciężkie paratyfusy. Ze stanowiska anatomicznego również różnice się nie zaznaczają.

Biorąc pod uwagę bliskie pokrewieństwo obydwu drobnoustroi i przy występowaniu postaci przejściowych zarówno pod względem hodowli, jak i odczynów zlepnych — niema w tem nic dziwnego. Zresztą przeważna liczba naszych przypadków należała do grupy duru prawdziwego. Nierzadko odczyn zlepny dla obydwu drobnoustroi wypadał jednakowo silnie, a przy dawniejszych spostrzeżeniach zauważyłem również, że podczas genetycznie jednej i tej samej epidemji jedne przypadki zachowywały się pod względem aglutynacji jak para — inne jak prawdziwy dur. Tak samo przy powtórnych badaniach raz otrzymywało się silniejszą aglutynację prątków paraduru, drugi raz duru prawdziwego.

Należy również podkreślić, że wszystkie badane przez nas przypadki były zupełnie sporadyczne i tylko w 2 przypadkach stwierdzono zarażenie jednego od drugiego. Przypadki obejmują okres pięcioletni, a więc przy ocenie działania leczenia. moglibyśmy nie brać pod uwagę jakiekolwiek odmienne cechy epidemjologiczne. Dla należytej oceny wartości wyników, nadmieniamy raz jeszcze, że te przypadki. które odrazu wydawały się b. lekkie (w liczbie 12) zostały wyłączone z leczenia preparatem Quinby.

Historje chorób przypadków leczonych zapomocą preparatu Quinby.

Należy tu raz jeszcze podkreślić często spotykaną trudność w ścisłem ustaleniu daty początku choroby, gdyż początek jest nieuchwytny. I jeszcze raz należy przypomnieć, że podawany w podręcznikach schematyczny okres trwania choroby bardzo często nie bywa spostrzegany. Dlatego też kryterjum czasu trwania choroby posiada dla oceny terapji, naturalnie i dla małej statystyki, znaczenie bardzo skromne, wręcz wątpliwe. Jednakowoż w interesie oceny na początku opisu przebiegu choroby, jak również na krzywych temperatury podajemy, w którym dniu choroby chory wstąpił do szpitala, naturalnie o ile to można było ustalić. Z objawów, w streszczeniach podane zostały tylko najważniejsze. Przeważnie historje chorób dotyczą zupełnie typowych przypadków i (ze

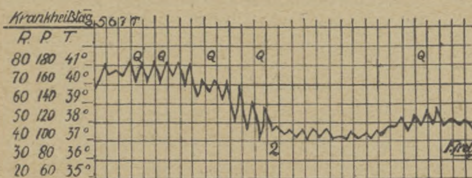
względu na wyłączenie wspomnianych już wyżej przypadków lżejszych) głównie o ciężkim obrazie schorzenia.

Podane krzywe wybrano zarówno z pomiędzy zupełnie pomyślnych przypadków jak i z mniej pomyślnych — jako przykłady. Wybór nie obejmuje wszystkich przypadków pomyślnych, gdyż na to nie pozwalał brak miejsca. Należy zatem brać również pod uwagę tekst historji choroby, który zawiera dalsze b. pomyślne, co do wyniku leczenia przypadki. Wstrzykiwania Quinby oznaczone są w krzywych literą Q. Co do sensu słów „bardzo dobre działanie swoiste", powtarzających się w opisie choroby — patrz objaśnienie na str. ?

1) Eb. Wa. 28 lat. Paratyfus. Wstąpił do szpitala z silną gorączką, w 5-tym dniu choroby. Typowe i ciężkie objawy. Tylko jedno wstrzyknięcie na 8 dz. po odczekaniu naturalnego przebiegu choroby.

Po wstrzyknięciu nastąpiło w ciągu 5 dni lityczne obniżenie temperatury z ustąpieniem wszelkich objawów. 1 wstrzyknięcie. B. dobre działanie swoiste.

2) G. Blanche. 28 lat. Dur prawdziwy. Przybyła w 5-tym dniu choroby. Ciężki przypadek. Na 8-my dzień pierwsze wstrzyknięcie Quinby. Po



Krzywa Nr. 2.

trzech wstrzyknięciach ciepłota zaczęła spadać i inne objawy zaczęły ustępować. Po czwartem wstrzyknięciu gorączka zupełnie ustąpiła. Słaba wznowa, którą ponowne wstrzyknięcie Quinby usunęło. 5 wstrzyknięć. B. dobre działanie swoiste (p. krzywa Nr. 2).

11-go dnia. Żadnego wpływu leczenia na skrócenie czasu choroby nie zauważono. Spostrzegano jedynie narastające działanie poszczególnych wstrzyknięć na ciepłotę. Działanie swoiste wątpliwe (Krzywa 4).

5) Dü. Ab. 23 lata. Prawdziwy dur. Przybył 13 dnia. Przypadek typowy. Po 4 wstrzyknięciach krytyczny spadek ciepłoty i ustąpienie wszelkich objawów chorobowych. Lekka wznowa, która samorzutnie ustąpiła. 4 wstrzyknięcia. B. dobre działanie swoiste.

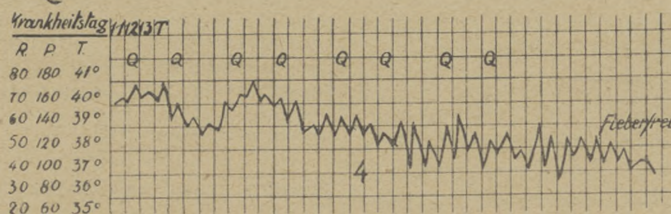
6) Wy. Ida. 20 lat. Paratyfus. Przybyła na 8 dzień. Pomyślny, stopniowy i lityczny wpływ na wszystkie objawy. Poprawa rozwolnienia bez specjalnego przeciwbiegunkowego leczenia. 2 lekkie, szybko pod wpływem Quinby przemijające nawroty. 10 wstrzyknięć bez działań ubocznych. B. dobre działanie swoiste (Krzywa Nr. 6).

7) Gal. Fr. 43 lata. Dur prawdziwy. Przybył 14 dnia. Wysoka ciepłota. Przekrwienie opadowe płuc. Szybkie ustąpienie wszelkich objawów po 3 wstrzyknięciach. B. dobre działanie swoiste.

8) He. Marta. 21 lat. Dur i paratyfus aglutynują z jednakową siłą. Przybyła na 8-my dzień. Przypadek typowy. Zaraz po wstrzyknięciu Quinby zaczął się stopniowy spadek ciepłoty i ustępowanie wszelkich innych objawów w ciągu 16 dni przy 5 wstrzyknięciach. Szybkie wystąpienie stromego toru krzywej i szybka poprawa stanu zdrowia. 5 wstrzyknięć. Swoiste działanie wątpliwe.

9) Hu. Rosa. 22 lata. Dur prawdziwy. Przybyła na 10-ty dzień. Przypadek średnio ciężki. Rozwolnienie ustąpiło dopiero po leczeniu przeciwbiegunkowem. Bardzo szybki spadek ciepłoty i ustąpienie innych objawów po 4 wstrzyknięciach Quinby. B. dobre działanie swoiste (Krzywa 9).

10) G. 16 lat. Dur prawdziwy. Przybyła na 6-ty dzień. Ciężki typowy przypadek. Działanie „skokami". Po wstrzyknięciach szybkie pojawienie się stromego toru krzywej. Ogólny stan przytem szybko się polepszył. 6 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe.



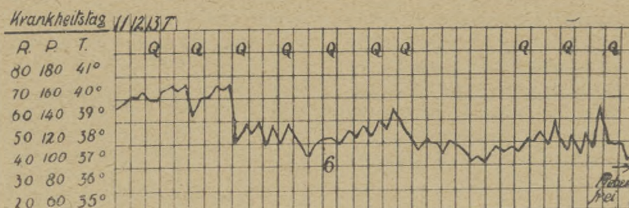
Krzywa 4

3) Eb. R. 48 lat. Dur prawdziwy. Przybył do szpitala w 15-tym dniu choroby. Ciężki typowy stan ze status typhosus i delirjum. Przewlekłe zapalenie nerek. Pomimo tego nie spostrzeżono żadnego złego wpływu na nerki przy stosowaniu Quinby. Natychmiastowy lityczny spadek ciepłoty oraz zwykły wpływ Quinby na inne objawy chorobowe. Ciepłota prawidłowa po 4 wstrzyknięciach. Jednocześnie podawano Bismutum subnitricum przeciwko rozwolnieniu. W czasie wyzdrawiania zakażenie ospą. Cztery wstrzyknięcia. Bardzo dobre działanie swoiste.

4) Macc. G. 46 lat. Dur prawdziwy. Przybył

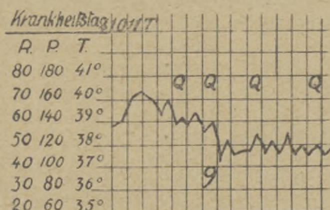
11) Dän. Otton. 22 lata. Dur prawdziwy. Przybył na 8-my dzień. Typowy ciężki dur bez biegunki. Szybki lityczno-krytyczny spadek ciepłoty i ustąpienie wszelkich objawów już po pierwszem wstrzyknięciu. 5 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste (krzywa 11).

12) St. Paweł. 28 lat. Dur prawdziwy. Przybył 10 dnia. Ciężki przypadek, przybył w zapaści. Śmierć wskutek zatrucia kamforą, przy typowych kurczach i bredzeniu. Tylko 2 wstrzyknięcia. (Ten przypadek nie był brany pod uwagę przy ocenie, wobec beznadziejnego stanu, zbyt krótkiego czasu leczenia i zatrucia kamforą).



Krzywa 6.

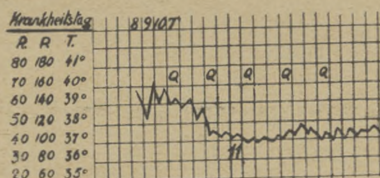
13) Fo. Jan. 49 lat. Dur prawdziwy. Przybył na 7-my dzień. Ciężkie objawy durowe. Drgawki w obrębie nerwu twarzowego. Przekrwienie opadowe płuc. Biegunka. Szybkie ustąpienie lityczne



Krzywa 9.

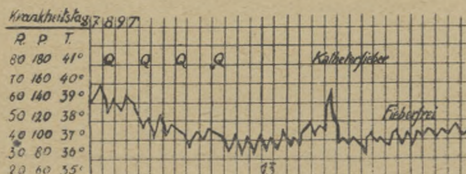
wszelkich objawów, również i biegunki bez szczególnego jej leczenia. 4 wstrzyknięcia. B. pomyślne działanie swoiste (krzywa 13).

14) Kü. Henryk. 21 lat. Prawdziwy dur. Przybył 7-go dnia. Ciężki przypadek z biegunką. Szybkie ustąpienie objawów, łącznie z biegunką (bez



Krzywa 11.

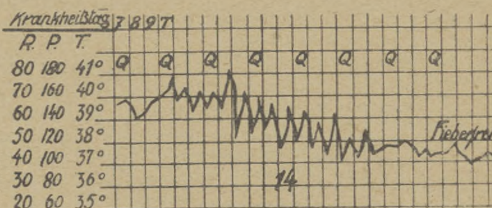
specjalnego jej leczenia) — po pierwszych wstrzyknięciach Quinby. Wyraźny odczyn dwuazowy znikł już po pierwszem wstrzyknięciu. 8 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste (krzywa 14).



Krzywa 13.

15) Stei. Paweł. 15 lat. Dur prawdziwy. Przybył 5-go dnia. Bezpośrednio przed przybyciem do kliniki był omyłkowo operowany na zapalenie wyrostka robaczkowego. Wobec niepewności dalszego przebiegu choroby 8 dni wstrzymywano się z le-

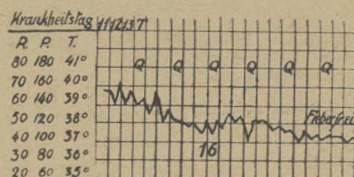
czeniem preparatem Quinby. Po zastosowaniu Quinby szybki stopniowy spadek ciepłoty. Ustąpienie wszelkich objawów, łącznie z biegunką, nie leczoną specjalnymi środkami. Podczas zdrowienia zakrzep



Krzywa 14.

żyły udowej. 7 wstrzyknięć. Swoiste działanie wątpliwe wobec zakrzepu, podtrzymującego ciepłotę

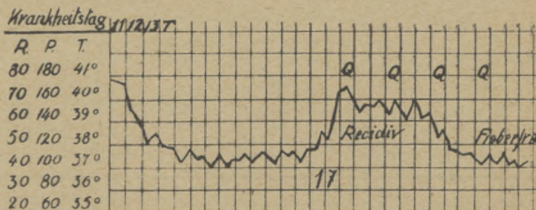
16) Vaut. Walter. 19 lat. Paratyfus. Przybył 11-ego dnia. Wysoka ciepłota. Po 6-ciu wstrzyknięciach szybki lityczny spadek ciepłoty i ustąpienie innych objawów, łącznie z biegunką — bez specjal-



Krzywa 16.

nego jej leczenia. B. pomyślne działanie swoiste. (Krzywa 16).

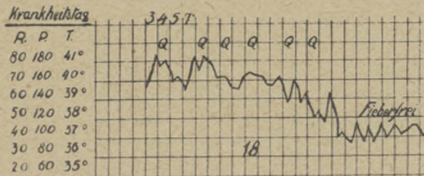
17) Rue. Ernest. 9 lat. Odczyn zlepny jednakowo silny z prątkami duru i paraduru. Przybył



Krzywa 17.

11-go dnia. Samorzutny lityczny spadek ciepłoty; wobec tego Quinby zastosowano dopiero podczas wznowy, która szybko ustąpiła po wstrzyknięciach. 4 wstrzyknięcia. Swoiste przerwanie nawrotu. (Krzywa 17).

18) Reuss. Sa. 25 lat. Dur prawdziwy. Przybyła 3-go dnia w bardzo ciężkim stanie (status typhosus). Silny odczyn dwuazowy. Dużo białka w moczu. Przekrwienie opadowe płuc i gęsta osutka. W kale — pełzaki. Szybki wpływ wstrzyknięć na ciepłotę i ogólny stan chorej. Biegunka ustąpiła dopiero po zastosowaniu Bismutum subnitr. 5 wstrzyknięć. Bardzo dodatnie działanie swoiste. (Krzywa 18).

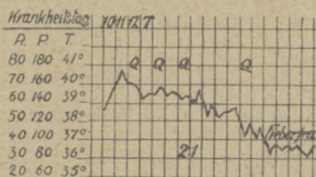


Krzywa 18.

19) M. Ernest. 35 lat. Dur prawdziwy. Przybył 15 dnia. Bardzo ciężkie objawy. Biegunka, bredzenie, przekrwienie opadowe płuc. Wyjątkowo wielka śledziona i wzdęcie brzucha. Zaraz po wstrzyknięciach Quinby wystąpił stały lityczny spadek ciepłoty. Ustąpienie biegunki bez specjalnego jej leczenia. 6 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste.

20) Rau. Ernest. 31 lat. Prawdziwy dur. Przybył 9-go dnia. Ciężkie objawy brzuszne z biegunką. Prątki tyfusu we krwi, od początku tyfusowe owrzodzenie podniebienia. Silne przekrwienie opadowe płuc. Szybka lityczna poprawa po wstrzyknięciach Quinby. Żadnego ubocznego działania na błony śluzowe jamy ustnej — pomimo wrzodów na podniebieniu. Przeciwko biegunce bismutum subnitr. 6 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste.

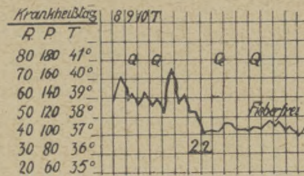
21) Brau. Paweł. 36 lat. Dur prawdziwy. Przybył 10 dnia. Ciężkie objawy z biegunką, bredzeniem, silnym białkomoczem. Ciężkie objawy brzuszne z typowemi durowemi wypróżnieniami. Przekrwienie opadowe płuc. Gęsta osutka. Wskutek



Krzywa 21.

ciężkiego stanu trzeba było stosować wstrzykiwanie płynu Ringera. Wobec występowania zapaści w kąpieli musiano zaprzestać kąpania. Szybka poprawa po Quinby z lityczno-krytycznem ustąpieniem wszystkich objawów. Przeciw biegunce stosowano węgiel zwierzęcy. Po 4-ch wstrzyknięciach lekka smuga szara na dziąsłach, bez zapalenia śluzówki jamy ustnej. Białkomocz nie wzmógł się po stosowaniu Quinby. Szybka poprawa przy bismutowem podrażnieniu dziąseł każe przypuszczać, że w danym przypadku miało miejsce szczególnie dobre wchłanianie bismutu. 4 wstrzyknięcia. B. pomyślne działanie swoiste (Krzywa 21).

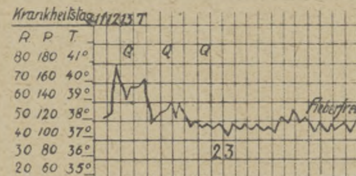
22) Gro. Wiktor. 25 lat. Paratyfus. Przybył 8 dnia. Wysoka ciepłota. Natychmiastowy wpływ wstrzyknięcia Quinby na ciepłotę. Szybko lityczno-krytyczny spadek ciepłoty. Poprawa wszystkich objawów, łącznie z biegunką, bez umyślnego jej le-



Krzywa 22.

czenia. 4 wstrzyknięcia. B. pomyślne działanie swoiste. (Krzywa 22).

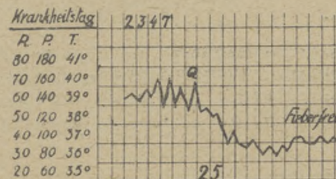
23) Rup. Janina. 34 lat. Paratyfus. Przybyła 11 dnia. Wysoka ciepłota. Silna biegunka. Przytępienie słuchu. Szybkie ustąpienie objawów pod wpływem leczenia Quinby. Przeciwko biegunce Bismutum subnitr. 3 wstrzyknięcia. B. pomyślne działanie swoiste. (Krzywa 23).



Krzywa 23.

24) Zu. Ernest. 35 lat. Dur prawdziwy. Przybył 18 dnia. Silne objawy brzuszne z zaparciem. Znaczna zawartość indykanu w moczu. Język suchy. Powikłanie w postaci błonicy. Po zastosowaniu Quinby dość szybkie stopniowe, w postaci szczebli, ustępowanie wszelkich objawów. 7 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe.

25) Hu. Karol. 21 lat. Dur prawdziwy. Przybył 2 dnia. Dość ciężkie objawy. Po 1 wstrzyknięciu krytyczny spadek ciepłoty i ustąpienie wszelkich objawów. 1 wstrzyknięcie. B. pomyślne działanie swoiste. (Krzywa 25).



Krzywa 25.

26) Bes. Emil. 53 lata. Dur prawdziwy. Dzień zasłabnięcia wątpliwy. Otłuszczenie. Wobec niemożności uzyskania dokładnych wywiadów, dzień zasłabnięcia nie daje się ustalić. Stan ciężki. Wyraźne objawy jelitowe z biegunką. Stopniowy dobry wpływ Quinby na wszystkie objawy. Podczas zdrowienia porażenie połowiczne, które chory miał już raz przed durem. 5 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe.

27) Bég. René. 36 lat. Dur prawdziwy. Przybył na 8 dzień. Gorączka umiarkowana. Leukopenia. Osutka. Szybki i ostateczny spadek ciepłoty po 2

wstrzyknięciach. Bardzo pomyślne działanie swoiste.

28) Vög. Janek. Wiek? Prawdziwy dur. Przedtem pyodermia. Przybył rzekomo na 9 dzień po pojawieniu się objawów durowych. Przyjęty w stanie agonji. Dlatego tylko 1 wstrzyknięcie. Zmarł na 5-ty dzień pobytu w szpitalu. Przypadek nie do zużytkowania.

29) Ma. Elżbieta. 36 lat. Prawdziwy dur. Przybyła do szpitala w stanie agonji na 17-ty dzień choroby. Ciężkie wzdęcie brzucha, tak, że myślano o przedziurawieniu, czego jednak sekcja nie potwierdziła.

Opadowe zapalenie płuc. We krwi pomimo późnego okresu — prątki duru. Zmarła na 26 dzień choroby. Typhus. Sepsis. 4 wstrzyknięcia Quinby. Żadnego wyniku wobec stanu agonalnego.

30) Ma. Ernest. 26 lat. Prawdziwy dur. Przybył 12 do 14 dnia choroby. Silne wzdęcie. Biegunka. Powiększona, wyczuwalna śledziona. Durowe owrzodzenie błon śluzowych ust (przed zastosowaniem Quinby). Różyczka i opadowe przekrwienie płuc. W ciągu leczenia smuga bismutowa na dziąsłach. Żadnego zapalenia dziąseł poza owrzodzeniami durowemi nie spostrzeżono. Białkomocz nie zwiększył się po stosowaniu Quinby. Pod wpływem leczenia Quinby stopniowy spadek ciepłoty aż do stanu zupełnie bezgorączkowego. Poprawa biegunki bez specjalnego jej leczenia. 5 wstrzyknięć. Swoiste działanie wątpliwe.

31) Gl. Lina. 52 lata. Dur prawdziwy. Przybyła w 23 dniu choroby. Krytyczny spadek ciepłoty po 5 wstrzyknięciach Quinby. Swoiste działanie wobec spóźnionego okresu — wątpliwe.

32) Wa. Karol. 26 lat. Prawdziwy dur. Przybył rzekomo 28 dnia. Przypadek typowy z przekrwieniem opadowem płuc i dużą, wyczuwalną śledzioną. Średnia gorączka ,na którą wstrzykiwania wpłynęły w sposób charakterystyczny stopniowy. Po 3 wstrzyknięciach widoczna poprawa, prawie krytyczna. Bardzo pomyślne działanie swoiste.

33) Ste. Rud. 24 lat. Prawdziwy dur. Przybył 7 dnia. Bardzo ciężki stan. Biegunka, suchy język. Status typhosus. Śledziona bardzo powiększona. Po 4-ech wstrzyknięciach lityczne ustąpienie gorączki i innych objawów. Później wznowa. która po 1-em wstrzyknięciu Quinby litycznie znikła. Biegunka leczona zapomocą Bismutum subnitricum. 5 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste.

34) Gru. Fryderyk. 37 lat. Prawdziwy dur. Przybył 19-go dnia. Ciężki typowy obraz. Kruczenia kątnicze bez biegunki. Śledziona b. duża. Białkomocz. W moczu indykan. Silna różyczka. Słaby krwiobieg wobec czego stosowano Kardiazol i Efedrynę. Zakrzep żyły udowej. Silny wpływ Quinby na ciepłotę. Jednakże zakrzep wywołuje znowu gorączkę. 5 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe wobec trwania choroby.

35) Gy Ida. 20 lat. Prawdziwy dur. Przybyła 8-go dnia. B. ciężki stan, bez biegunki. Odrazu trzeba było stosować wlewania płynu Ringera. Od początku polyneurytyczne porażenie nóg. Spadek ciepłoty stopniami od początku stosowania Quinby. Na 24 dzień zupełny spadek ciepłoty. Polyneurytyczne porażenie ustąpiło podczas leczenia Quinby. 5 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste.

36) Du. Łucja. 20 lat. Prawdziwy dur. Przybyła 15-go dnia. Stan ciężki, język suchy. Przekrwienie opadowe płuc. Duża wyczuwalna śledziona. Brak biegunki. Zapalenie pęcherza. Ciężki stan wymaga płynu Ringera. Stopniowy spadek ciepłoty, dosyć szybkie ustąpienie wszystkich objawów przy leczeniu Quinby. Przy przyjęciu silna anemja (35/70) wskutek menorrhagji. Po spadku ciepłoty szybka poprawa anemji, bez stosowania żelaza. 6 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe.

37) Beut. Małg. 23 lata. Prawdziwy dur. Przybyła na 7-my dzień. Średnio ciężki przypadek. Lekka biegunka. Szybki spadek ciepłoty i ustąpienie innych objawów wraz z biegunką bez specjalnego jej leczenia. 4 wstrzyknięcia. B. dobre działanie swoiste.

Na str. 12-ej przy omawianiu śmiertelności uzasadniano, dlaczego z 37 przypadków, 2 były zakwalifikowane jako niemogące wchodzić w rachubę, a mianowicie: przypadek, gdzie chory umarł wskutek zatrucia kamforą (12) i przypadek 28, gdzie chory został przyjęty do szpitala w stanie agonji i gdzie zgóry było przesądzone wszelkie leczenie. Zrobiono też zaledwie jedno wstrzyknięcie Quinby przed zgonem.

W ten sposób dla oceny leczenia zapomocą Quinby pozostało tylko 35 przypadków, które możemy podzielić na następujące kategorje:

1) Przypadki bardzo pomyślnego, niedwuznacznie swoistego działania Quinby. Jak wspomniałem wyżej, nazywam tak przypadki, gdzie wkrótce po rozpoczęciu leczenia, nastąpił w chorobie pomyślny zwrot w sensie bądź przerwania choroby, bądź znacznej poprawy i skrócenia okresu trwania choroby, w każdym razie w sensie swoistego działania, objawiającego się litycznym lub krytycznym spadkiem ciepłoty, polepszeniem wszystkich objawów, zniknięciem status typhosus, oczyszczeniem języka, ustąpieniem biegunki, roseoli i t. d.

Do tej kategorji zaliczam takie przypadki, w których co do faktu swoistego leczniczego działania Quinby, nie może powstać żadna wątpliwość. Zatem przemawia również i to, że, jak widać z krzywej temperatury, szybkie działanie było szczególnie widoczne w tych przypadkach, gdzie leczenie zapomocą Quinby było wcześnie rozpoczęte.

Do tej liczby dobrych wyników należą 24 przypadki, a mianowicie: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 32, 33, 35, 37.

2) Drugą kategorję przypadków możemy określić o tyle jako wątpliwą, o ile kliniczne spostrzeżenia nie wykazały tego szybkiego i postępującego spadku ciepłoty, które przemawia za swoistem antyseptycznem działaniem Quinby. Należy jednak za-

uważyć, że w wielu przypadkach tej kategorji występowały wkrótce po rozpoczęciu leczenia — objawy, wywołujące wrażenie polepszenia. Często poprawiał się ogólny stan, „status typhosus", oczyszczał się język, polepszało się samopoczucie i ustawała biegunka (często bez specjalnego leczenia jej), często też znikała różyczka.

Czasami w tej kategorji wpływ na temperaturę był o tyle znamienny, że spadała ona na drugi lub trzeci dzień po wstrzyknięciu, potem podnosiła się znowu — po następnym wstrzyknięciu spadała jeszcze niżej, aniżeli po poprzednim, podnosiła się znowu i t. d. tak, że w rezultacie, powstawały schodkowate spadki ciepłoty pozostające w niewątpliwej zależności od wstrzyknięć (krzywa 4). W tych przypadkach również, aczkolwiek czas trwania choroby nie wydaje się wyraźnie skrócony — otrzymujemy, dzięki związkowi czasowemu spadków temperatury z wstrzyknięciami — wrażenie swoistego, chociaż też może niedostatecznie silnego działania.

Taki tor opadania ciepłoty w jakiś czas po wstrzyknięciu przemawia przeciwko zwykłemu tylko przeciwgorączkowemu działaniu Quinby, co też ze względu na skład tego preparatu (bardzo słaba zawartość chininy), jest, moim zdaniem, bardzo mało prawdopodobne. Pomimo tego jednak, że i w tej kategorji przypadków zauważono niejeden wpływ pomyślny, więc aby nie utrudniać oceny, a mianowicie, żeby wyników nie osądzać zbyt optymistycznie — kategorja ta będzie przeciwstawiona kategorji przypadków o bardzo dobrych wynikach jako kategorja wyników wątpliwych. Robię to dlatego, że rozstrzygające argumenty t. j. skrócenie czasu choroby zapomocą Quinby — udowodnić się tutaj nie dają.

Do tej kategorji należy 10 przypadków, mianowicie: 4, 8, 10, 15, 24, 26, 30, 31, 34, 36.

3) Żadnego działania nie skonstatowano — po rozpatrzeniu wszystkich przypadków leczonych zapomocą Quinby — tylko w jednym przypadku — stanu agonji (29).

Jeżeli ujmiemy zatem kategorję I i II razem, otrzymamy takie ugrupowanie:

I) 24 przypadki w wysokiej mierze przemawiające za swoistem działaniem Quinby.

II) 11 przypadków nie dających się zużytkować dla stwierdzenia swoistego działania Quinby.

Ponieważ po odjęciu nienadających się do oceny 2 przypadków (12 i 18) pozostaje 35 przypadków, mogących wchodzić w rachubę — otrzymujemy następujące zestawienie procentowe 24 : 35 = 68,5% przypadków, przemawiających z dużem prawdopodobieństwem za swoistem działaniem Quinby, oraz 11 : 35 = 31, 4% przypadków, nieprzemawiających bez zastrzeżeń za takiem działaniem.

Metoda małej statystyki klinicznych spostrzeżeń przemawia w przeważnej większości przypadków za swoistem, pomyślnem wpływem Quinby. W ⅔ przypadków narzucało się wręcz takie przypuszczenie.

Należy jednak pamiętać, że i w ⅓ przypadków, tworzącej grupę, w której ten swoisty wpływ leczenie Quinby nie jest tak wyraźnie widocznym — jednakże występowało wrażenie, że leczenie było pomyślne (jak to wykazują niektóre opisy choroby). Dotyczy to mianowicie stanu ogólnego, świadomości, objawów brzusznych, wilgotności języka, ustąpienia różyczki i t. d.

Jeżeli porównać chorych drugiej, mniej pomyślnej kategorji i ocenić wyniki według skromnych wymagań, z jakiemi podchodziliśmy do dawnego nieswoistego leczenia duru — to przyznać musimy, że wszyscy, za wyjątkiem 29-go przypadku — wykazali znaczne polepszenie.

Ponieważ jednak z tego niewiele da się wywnioskować, to umyślnie w mało-statystycznem ugrupowaniu nie będziemy brali pod uwagę tego pomyślnego wrażenia i dlatego mniej pomyślną drugą grupę przypadków, przeciwstawimy pierwszej o wyraźnym wpływie swoistym, nawet narażając się na zarzut zbyt ostrego postawienia sprawy. Niejeden optymista umieściłby może w pierwszej grupie niektóre przypadki z drugiej grupy, która dla mnie, jako pesymisty, wydaje się wątpliwą.

Mój, może zbyt surowy, podział zrobiony był zwłaszcza ze względu na to, że niżej podane opracowanie materjału na podstawach rachunku prawdopodobieństwa — wymaga dokładnego podziału przypadków na kategorje niewątpliwie skuteczne i niepewne lub negatywne. Jeżeli pomimo tak surowego sądu pomyślna kategorja przeważa tak dalece, że nie można wątpić o swoistem działaniu Quinby — należy już tu, dla uniknięcia rozczarowań — zwrócić uwagę,

że podobne pomyślne wyniki działania Quinby, wskutek przypadkowości materjału— nie dadzą się dla dalszego szeregu obserwacji z pewnością przepowiedzieć.

Dla interesującego nas tu problemu odgrywa pewną rolę rachunek prawdopodobieństwa czyli rachunek z błędami. Rachunek ten został zastosowany do zachodzącego tutaj wypadku dychotomicznej statystyki szczegółowej wyników.

O ile wiem, to *Poll* pierwszy podjął się wdzięcznego zadania objaśnienia medyków o tem, co matematykom jest wiadome, o obliczaniu błędów takiej dychotomicznej statystyki wyników. Zadanie polega na tem, ażeby określić, jak wielki jest przeciętny błąd liczb procentowych takiej statystyki. Naturalnie, błąd jest tem mniejszy, im większa jest liczba spostrzeganych przypadków. *Poll* daje dla przeciętnego błędu takiego dychotomicznego procentowego obliczenia wyników następujący wzór:

$$m = \pm \sqrt{\frac{p_1 p^2}{n}}$$

W tym wzorze m stanowi średni błąd liczb procentowych, przyczem samo m jest wyrażone procentowo, zaś p_1 i p_2 są znalezionemi liczbami procentowemi sobie przeciwstawionemi, oznaczającemi przypadki dodatnie i wątpliwe — w stosunku do ogółu przypadków spostrzeganych, a n oznacza tę ogólną liczbę przypadków. Wychodząc z tego założenia, obydwie liczby procentowe p_1 i p_2 stoją do siebie w takim stosunku, że uzupełniają się do 100, t. zn. $p_1 = 100 - p_2$.

Błąd średni m określa, jak dalece pod wpływem samego przypadku zestawienia materjału kazuistycznego liczby procentowe przy dalszych serjach obserwacyjnych przeciętnie mogą odbiegać od liczb znalezionych zapomocą pierwszej serji spostrzeżeń. Jak wynika ze wzoru, ten średni błąd jest odwrotnie proporcjonalny do pierwiastka kwadratowego wyciągniętego z ogólnej liczby przypadków. Z powyższego wynika, że potrzeba ogromnego materjału spostrzeżeń, ażeby zapomocą statystyki szczegółowej wyników leczniczych, dychotomicznej, dotrzeć w drodze pomniejszenia średniego błędu do prawdopodobieństwa, graniczącego z pewnością przy interpretacji doświadczeń leczniczych.

Zastosowując wyżej wymienione wzory do mego materjału obserwacyjnego, otrzymuję błąd średni $\pm$ 7,8%. Dla praktyka, który nie jest przyzwyczajony do posługiwania się logarytmami, stanowi ogromne ułatwienie w obliczaniu sposób graficzno - konstruktywny, który *Poll* podaje obok obliczeń zapomocą wzorów jako sposób zastępczy, metoda ta pozwala na podstawie diagramu (*Poll* l. c. S. 1778) czysto konstruktywnie odczytać z liczby wykorzystanych przypadków i znalezionych wprost liczb procentowych błąd średni. Posługując się graficznym sposobem, znajduję tą samą wielkość błędu.

Wynika stąd co następuje:

Znalezione liczby odsetkowe mogą przy danej liczbie przypadków pod wpływem czystego trafu, nawet bez wielkiej zmiany charakteru materjału obserwacyjnego, zmiany jaka powstaje np. w epidemjach, przesunąć się o 7,8% w dół lub w górę. Innemi słowy, liczba odsetkowa przypadków dodatnich, które, jak wyżej zauważono, określono na 68,5%, może się w przyszłych szeregach spostrzeżeń pod wpływem czystego przypadku przesunąć do 76,3% lub 60,7%.

Podług tego obliczenia, wynik leczenia Quinby należy przyjąć jako jeszcze zawsze dość dodatni, zwłaszczajeżeli uwzględnimy, że liczba 60,7% ma tutaj większe znaczenie, aniżeli liczby procentowe zwykłej statystyki ogólnej. Liczba ta bowiem, z uwagi na opisany sposób określania szeregów liczbowych dychotomicznych ustala, że w 60,7% przypadkach w każdym przypadku istnieje wysoce prawdopodobny związek przyczynowy między leczeniem zapomocą Quinby, a początkiem i czasem wystąpienia polepszenia na podstawie spostrzeżenia klinicznego.

Przytem obliczenie z błedu średniego jeszcze błędu prawdopodobnego, stanowiącego zazwyczaj 2/3 błędu średniego — jak to się praktykuje przy obliczeniach prawdopodobieństwa — niema celu, ponieważ błędy tutaj występują zupełnie nieprawidłowo, zależnie wyłącznie od przypadkowego zestawienia materjału, tak, że nie można mówić wogóle o błędzie prawdopodobnym.

Jednocześnie wskazuje *Poll*, że, aby módz powiedzieć z największem prawdopodobieństwem, że i dalsze szeregi obserwacyjne wykażą taki sam dodatni wynik, jest

koniecznym warunkiem, ażeby nawet przyjęcie podwójnego błędu średniego nie zmieniło praktycznych wniosków końcowych z liczb w ten sposób poprawionych, a chcąc mieć w tym kierunku pewność, trzeba, ażeby nawet przyjęcie potrójnego błędu ich nie zmieniało.

W moich obliczeniach ani jedno ani drugie nie da się zastosować, i dlatego trzeba się liczyć z możliwością, że dalsze spostrzeżenia wykażą gorsze wyniki niż moje. Jednakowoż względnie mały błąd średni w mojej klinicznej małej statystyce przemawia za tem, że pomimo względnej szczupłości materjału, dalsze badania, przynajmniej w odniesieniu do przypadków sporadycznych, w których odgrywa rolę tylko indywidualny przypadek, potwierdza pożyteczność leczenia duru zapomocą Quinby.

S t r e s z c z e n i e: Szczegółowe kliniczne opracowanie moich spostrzeżeń na podstawie t. zw. małej statystyki — z całem prawdopodobieństwem przemawia za działaniem chemoterapeutycznem swoistem opisanego sposobu leczenia duru zapomocą Quinby. Wyniki były w moich spostrzeżeniach naogół pomyślne, szczególniej w przypadkach, kiedy leczenie to było wcześnie zastosowane i naogół były lepsze niż po inych sposobach leczenia. Wobec tego jest wskazane dalsze badanie leczenia, możliwie jak najwcześniej rozpoczynanego w durze, oczywiście nie zaniedbując i obok tego nieswoistego leczenia. Leczenie zapomocą Quinby ma jeszcze tę wielką zaletę, że jest proste i może być stosowane bez szkody w sposób nieomal szablonowy. Nie przedstawia ono ani dla lekarza, ani dla chorego żadnych trudności i niedogodności. Niebezpieczeństwo działania trującego jest minimalne i można go zupełnie uniknąć przy ciągłej kontroli stanu nerek (białkomoczu) i dziąseł oraz natychmiastowem wstrzymaniu kuracji w razie potrzeby.

Co do techniki należy kierować się wyżej podanymi prawidłami: W odstępach dwu do jednodniowych, w ciężkich przypadkach niekiedy nawet codziennie, wstrzykiwać śródmięśniowo 3 cm. sz. preparatu Quinby (Aubry) (= 0,3, Jodobismutanu chininy w zawiesinie oleistej). U dzieci w stosunku do przypuszczalnej wagi ciała — stosuje się odpowiednio mniejsze dawki. Wstrzykiwania zwykle są zupełnie niebolesne. W naszych przypadkach nie stosowaliśmy nigdy więcej ponad 10 wstrzyknięć — najczęściej zaś mniej. Jednakże doświadczenie osiągnięte przy leczeniu kiły pozwala na zastosowanie w cięższych przypadkach i większej liczby wstrzyknięć. Przy przestrzeganiu kontroli nerek i dziąseł, niczem się nie ryzykuje. Po spadku ciepłoty przerywamy stosowanie preparatu, aby go powtórzyć tylko w razie nawrotu.

Osobiście niechętnie leczyłbym obecnie dur bez pomocy Quinby. Godnem uwagi jest, jak bardzo takie bezpośrednie do celu zmierzające leczenie, którego dotąd nie mieliśmy, działa dodatnio na chorego i uspakaja lekarza. Przy dotychczas stosowanem leczeniu nieswoistem pozostawało zawsze uczucie niepokoju ze względu na świadomość, że przecież nie robi się nic dla usunięcia samego źródła choroby.

Przyszłość wykaże, czy leczenie to nie dałoby się również zastosować w innych schorzeniach, jak posocznica, grypa, gruźlica; a wychodząc z mojego założenia podstawowego — również i przeciwko innym chorobom infekcyjnym jelit. Wobec nieszkodliwości tego sposobu, jak to wykazało leczenie duru, wypróbowanie tego środka nietylko jest wskazane, lecz nakazane i chociaż ja sam nie mogę w tej dziedzinie prowadzić badań — gorąco polecam tę pracę innym badaczom, którzy interesują się lecznictwem. Leczenie zapomocą Quinby jest widocznie ze wszelkich metaloterapji najmniej szkodliwe, a ponieważ działanie bismutu jest w wysokim stopniu oligodynamiczne — posiada ono wielkie widoki nawet przy stosowaniu małych dawek. Poza tem wiemy, w przeciwstawieniu do podanych przezemnie powyżej zasad t. zw. niespecyficznego białkowego leczenia, że nigdy szkody choremu się nie wyrządzi.

Przytem, w przeciwstawieniu do moim zdaniem niedopuszczalnej (dla powodów wyżej wymienionych), nieswoistej proteinoterapji — wiemy tu dokładnie, z jakim środkiem mamy do czynienia i że nie zaszkodzimy choremu.

KOFEINA I SYSTEM NERWOWY.

Oto niektóre wskazania z literatury naukowej.

BARDET: Société de Therapeut.

Palona kawa zawiera więcej kofeiny aniżeli kawa świeża i posiada pomiędzy, 1,2% i 2% kofeiny. Kawa przygotowana z 15 gr. ziarnek kawowych wprowadza do organizmu od 0,18 do 0,30 kofeiny, czyli ilość, która dla ludzi o lekkopodrażniającym się systemie nerwowym bynajmniej nie jest tak obojętna.

BARDIER, LECLERE i STILLMUNKES: Comptes rendus hebdom. séances e. d. mem. de la Société de Biologie.

Kofeina posiada działanie hamujące na nerw sympatyczny.

CRILE, ROWLAND i WALLACE: The Journal of Pharmacologie and exper. Therapie.

Kofeina podrażnia najsilniej centry mózgu.

ERB: Therapie der Gegenwart.

Neurastennikom nie powinno pozwalać się pić kawę.

LUNZ: Journal Newpathologii i Psychiatrii.

Przy nadmiernem piciu kawy występuje cały szereg szkodliwych symptomatów ze stron aparatu nerwowego i cyrkulacyjnego. Zauważone zostały również oznaki stanów depresyjnych. Przy chorea i epilepsji kawa jest wręcz przeciwwskazana.

BING: Therapeutische Monatshefte.

Napoje zawierające kofeinę powinny być bezwzględnie usunięte z dyety neurastenników.

BORN: Medizinische Klinik.

Często przyjmuje się przy migrenie kawę zawierającą kofeinę. Coprawda może ona niekiedy przez spowodowanie rozszerzenia naczyń usunąć skórcz naczyń, w każdym razie jednak należy się liczyć ze szkodą, która wynika z podrażnienia komórek mózgowych.

ROCH: Journal of the American Medical Association, 1916, t. 66, str. 924.

Niekiedy chroniczne zatrucie kawą naśladuje raka żołądka, neurastenję lub chorobę Besedowa.

BUERGL: Ueber coffeinhaltigen und coffeinarmen Kaffee. Praxis 1926, No. 1.

Ludziom nerwowym i skłonnym do bezsenności oraz cierpiącym na arterjosklerozę poleca się kawę bez kofeiny, nie odróżniającą się w niczem od kawy zwykłej z zawartością kofeiny.

STERN: Therapie der Gegenwart. 1926, rocznik 67, str. 305.

Chorych na epilepsję należy bezwzględnie strzec przed spożywaniem kawy z kofeiną, albowiem są oni szczególnie wrażliwi na wszelkie jady.

NIKOLAI: Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1901. rocznik 33, str. 294/502.

Kawa działa trująco na ośrodkowy układ nerwowy, wzmaga pobudliwość mózgu i rdzenia, zaś w większych dawkach powoduje porażenia; wszystkie te szkodliwe wpływy należy przypisać zawartej w kawiekofeinie.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Stałe, pierwotne nadciśnienie tętnicze z napadami nadciśnienia niewymiernego. (Hypertension artérielle permanente et primitive avec paroxysmes hypertensifs démesurés). M o n i e r - Vinard i Desmarest.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 21. r. 1930.

Autorowie podają następującą historję choroby: chora ma lat 61, w dzieciństwie przebyła ospę, w 30-tym roku życia chorowała na zaburzenia żołądkowe; jest matką trojga zdrowych dzieci. Zresztą wywiady rodzinne bez znaczenia. Obecna choroba rozpoczęła się przed dziesięciu laty, w okresie przekwitania. Zaburzenia chorobowe są zależne od nadciśnienia, które już w tym czasie stwierdzono. Mimo leczenia objawy te nie ustępują. Obecnie skarży się na stałe bóle głowy, wzmagające się przy kaszlu i ruchach, szum w uszach i zaburzenia wzrokowe w postaci latających muszek. Od czasu do czasu powyższe objawy wzmagają się znacznie, przyczem występuje gwałtowne uczucie rozpierania się w piersiach, jednakowoż bez cech dusznicy bolesnej. Napady te w ostatnich czasach stały się bardziej częste i występują co 10 do 15 dni.

Badanie fizykalne nie wykazuje powiększenia stłumienia serca, tylko nieznaczne powiększenie stłumienia aorty. Widoczne tętnice wyraźnie tętnią, tony serca czyste, tętno równe, miarowe 72 na minutę. Prześwietlenie klatki piersiowej nie wykazuje żadnych zmian. Obmacywanie brzucha utrudnione z powodu otłuszczenia powłok brzusznych. Badanie dna oka nie wykazuje zmian, badanie moczu również ujemne. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Ilość mocznika we krwi nieco wzmożona (1.05 gr. pro mille), ilość cukru i cholesteryny we krwi prawidłowa.

Ciśnienie krwi w dniu przybycia wykazało: ciśnienie rozkurczowe 180 mmHg., ciśnienie skurczowe nie dało się oznaczyć zapomocą trzech, kolejno stosowanych przyrządów, gdyż było wyższe, niż najwyższa podziałka, t. j. ponad 350 mmHg. W ciągu następnych dni obserwacji ciśnienie tętnicze ulegało wahaniom, nie zeszło jednak ani razu niżej: ciśnienie skurczowe 250 mmHg., ciśnienie rozkurczowe 100 mmHg. Po oczyszczeniu przewodu pokarmowego dokładne badanie jamy brzusznej pozwoliło na stwierdzenie oporu w głębi, w prawem podżebrzu. W przypuszczeniu, że chodzić tu może o nadnerczak po stronie prawej, postanowiono przystąpić do zabiegu chirurgicznego z tem, że gdyby powyższe przypuszczenie okazało się mylnem, postanowiono usunąć prawe nadnercze, aby tą drogą uzyskać obniżenie nadciśnienia. Jako znieczulenie obrano wstrzyknięcie 12 ctgr. scurocainy dolędźwiowo po uprzedniem wypuszczeniu 5 ccm płynu mózgo-rdzeniowego. Zabieg udał się gładko, płyn mózgo-rdzeniowy nie wykazywał wzmożonego ciśnienia. Przed zabiegiem ciśnienie wynosiło: skurczowe 300 mmHg., rozkurczowe 140 mmHg., tętno 76 na minutę. Po upływie 10-ciu minut wystąpiła zapaść naczyniowa, przyczem ciśnienie skurczowe spadło do 60 (!) mmHg., ciśnienia rozkurczowego nie udało się określić. Po podskórnem wstrzyknięciu kofeiny i po dożylnem wprowadzeniu ouabainy ciśnienie skurczowe powróciło do 330 mmHg. Tętno podczas tego nie ulegało wybitniejszym zmianom. O wykonaniu operacji nie było mowy. Przez następnych parę dni ciśnienie utrzymywało się na nieco niższym poziomie, gdyż nie przekraczało 290 mmHg.

Na żądanie chorej, po tygodniu przystąpiono do projektowanego zabiegu, tym razem w znieczuleniu miejscowem zapomocą kokainy, oraz ogólnem zapomocą chloroformu. Po otwarciu okolicy nadnercza prawego stwierdzono nadnercze zupełnie prawidłowe i bez przeszkód usunięto je. W 10 dni po zabiegu rana operacyjna zupełnie się zagoiła. Ciśnienie skurczowe, po operacji, przez 2 tygodnie nie przekraczało 200 mmHg. Ilość mocznika we krwi spadła do 0.36 gr promille. Niebawem jednak ciśnienie zaczęło się znowu podnosić i doszło do 290 mmHg., jednakowoż przez cały ten czas napady nadciśnienia niewymiernego nie pojawiły się. Chora zgłosiła się ponownie do szpitala, skarżąc się na bóle głowy i zawroty i wówczas poddano chorą naświetlaniom głębokim promieniami Roentgena, a mianowicie naświetlano rdzeń kręgowy od C4 do D4, pragnąc tą drogą wpłynąć na ośrodek ciśnienia. Podczas naświetlań chora czuła się nieszczególnie, wynik naświetlań dał nieznaczne obniżenie do 240 mmHg., a po paru tygodniach ciśnienie to znowu zaczęło wykazywać tendencję do zwyżki. Wobec powyższego chorej wypuszczono 12 ccm płynu mózgo-rdzeniowego, w małych porcjach z kilkuminutowemi przerwami. Ciśnienie skurczowe po tym zabiegu opadło do 220 mmHg. ciśnienie rozkurczowe do 100 mmHg. W czasie dalszej obserwacji, która trwała miesiąc, powyższy stan utrzymywał się i chora czuje się względnie dobrze.

W dalszej części swej pracy autorowie omawiają napady nadciśnienia, które, jako charakterystyczne dla nadnerczaka, w połączeniu z trudnościami obmacywania brzucha, naprowadziły ich na mylne rozpoznanie. Omawiany opór w prawem podżebrzu był znacznie powiększonym środkowym płatem wątroby. Wyjęcie nawet zdrowego nadnercza było uzasadnione niezaprzeczalnym wpływem tych gruczołów na ciśnienie krwi. W przypadku autorów nadnercze nie wykazywało żadnych zmian ani makroskopowych, ani mikroskopowych. Bada-

nie nerek chorej nie wykazało także żadnych zmian a wzmożona ilość mocznika we krwi jest dla autorów niewytłumaczalna, aczkolwiek ilość ta wahała się zawsze z wysokością ciśnienia. Autorowie zwracają uwagę na nadzwyczajną wytrzymałość naczyń krwionośnych u tej chorej, oraz na nienaganną czynność serca. W związku ze znieczuleniem dolędźwiowem autorowie podkreślają, że ze strony chirurgów zwracano uwagę na spadek ciśnienia krwi przy tym zabiegu. Dla tego też autorowie wybrali ten sposób znieczulenia. W przyszłości należy się liczyć z tem, że w znacznem nadciśnieniu krwi spadek ciśnienia może przejść wprost w zapaść.

Brak wyraźnego i dłużej trwałego wpływu wycięcia nadnercza na ciśnienie krwi, wykazuje powikłany mechanizm powstawania nadciśnienia. Próby naświetlania rdzenia autorowie tłumaczą istnieniem ośrodka nerwowego naczynio-ruchowego, którego jednak umiejscowienie nie jest dotychczas ściśle określone. Wreszcie podkreślają względnie korzystny wynik otrzymany przez wypuszczenie płynu mózgo-rdzeniowego.

Leczenie obfitych krwotoków zapomocą powtarzanego przetaczania krwi. (Hémorragies profuses. Traitement par les transfusions répétées). A. T z a n c k, W e i s m a n n - N e t t e r i J. D a l s a c e.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 28. 1930.

Autorowie przytaczają następującą historję choroby: u chorego lat 28, od lat czterech występowały coroczne bardzo obfite krwotoki, wywołane prawdopodobnie wrzodem dwunastnicy. W obecnym krwotoku, bardzo ciężkim, próbowano choremu wstrzyknąć krew brata, musiano jednak przerwać ten zabieg, gdyż okazało się, że z powodu odrębności grup krwi wystąpiły bardzo niepokojące objawy. Wobec powyższego zastosowano tylko zupełny spokój, opjum i wstrzyknięto podskórnie surowicę w nadziei, że krwotok sam się zatrzyma, podobnie jak to dawniej miało miejsce. Mimo to krwotoki jelitowe powtórzyły się i stan chorego był agonalny. Wobec tego przystąpiono do przetaczania krwi innego dawcy. W przeciągu 36 godzin, wciąż czuwając przy chorym, dokonano dziewięciu przetaczań krwi i w sumie wstrzyknięto choremu przeszło 2 i ½ litra krwi. Niezależnie od tego stosowano olej kamforowy, opium i ergotamine. Niektóre przetaczania były dokonywane in extremis, w czasie zupełnej nieprzytomności chorego, kiedy brak było nawet odruchu rogówkowego. Powyższe leczenie doprowadziło do zatrzymania się krwotoku, a następnie do wyleczenia chorego.

Autorowie podają dwa podobne przypadki krwotoków, w których wstrzyknięto bądźto 4 litry, bądź też 2 litry 800 ccm krwi. Autorowie wyprowadzają następujące wnioski: że w niektórych przypadkach można przetaczać znaczne ilości krwi, przekraczające połowę ogólnej ilości krwi, a następnie, że należy stworzyć organizację dawców krwi, aby w razie koniecznej potrzeby można było korzystać ze znacznej liczby dawców krwi.

Immunotransfuzja krwi w leczeniu duru brzusznego. (L'immuno-transfusion dans le traitement de la fièvre typhoide). F. T r é m o l i è r e s i A. T z a n c k.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 30. r. 1930.

Autorowie przytaczają 10 historji chorób chorych na dur brzuszny, u których stosowali przetaczanie krwi. Przypadki te są wybrane z pośród wielu innych, leczonych tym sposobem i to ze szczególnych względów.

W grupie pierwszej znajdują się chorzy (7 obserwacji), u których zastosowano, najczęściej wielokrotne, przetaczanie krwi, przyczem poszczególne dawki były niezbyt duże i wynosiły około 200 ccm. krwi. W niektórych tylko, wyjątkowo ciężkich, przypadkach wstrzykiwano większe ilości, około 600 ccm. Wszystkie przypadki tej grupy odznaczały się ciężkimi krwotokami.

Naogół stosowano krew osobników zdrowych. Niebawem jednak autorowie przekonali się, że krew ozdrowieńców po durze brzusznym dawała szczególnie dobre wyniki w dalszym przebiegu choroby, dlatego też w następnej grupie dwóch chorych zastosowano przetaczania krwi ozdrowieńców w ilości 190 i 150 ccm. W obu powyższych przypadkach chodziło o dur brzuszny o wyjątkowo ciężkim przebiegu, jednakowoż bez krwotoków. Wynik przetaczania krwi był bardzo korzystny.

Ostatni przypadek dotyczył chorej lat 23, która od czterech miesięcy była leczona na grypę, a następnie na niedokrewność złośliwą. Badanie krwi wykazało obecność prątków duru brzusznego, a nadto znaczną niedokrewność (1,600,000 ciałek czerwonych, 30% hemoglobiny), oraz leukopenję (2000 ciałek białych). Stan ogólny chorej bardzo ciężki, gdyż poza gorączką i odurzeniem, wystąpiły też liczne, choć niezbyt znaczne krwotoki, szczególnie z dziąseł i nosa. Wobec tego chorej przetoczono 300 ccm. krwi, pochodzącej od ozdrowieńca po durze. Stan chorej bardzo szybko się poprawił i chora wyzdrowiała.

Autorowie podkreślają konieczność powtarzania przetaczania krwi w przypadkach ciężkich, bez szczególnych obaw co do ilości przetoczonej krwi. Nadto autorowie zaznaczają, że przetaczanie krwi ozdrowieńców po durze brzusznym u chorych na dur brzuszny wpływa bardzo korzystnie, zwłaszcza w późniejszych okresach choroby, w przebiegu przedłużającym się. We wczesnych okresach skutek przetaczania krwi na sam przebieg choroby nie jest wyraźny.

W dyskusji *Emille Weil* zgadza się co do skuteczności stosowania przetaczań krwi w durze brzusznym, z jednej strony, aby przeciwstawić się krwotokom jelitowym, z drugiej strony w przypadkach o szczególnie ciężkim przebiegu.

Ponieważ autor stwierdził, że w durze bardzo często występują zmiany we krwi, usposabiające do krwotoków, przeto często stosuje przetaczania krwi, niejako zapobiegawczo. Autor stosował zarówno krew ozdrowieńców po durze, jak i krew ludzi szczepionych przeciw durowi oraz krew zdrowych, nie zauważył jednak jakiejś wyraźnej różnicy co do skuteczności przetaczania wymienionych gatunków krwi. Należy też nadmienić, że w Niemczech *Hansch* i *Hartmann* podali obszerną statystykę, dotyczącą przetaczania krwi w du-

rze brzusznym i ci autorowie dowodzą, że pod wpływem stosowania tego sposobu leczenia śmiertelność w przebiegu danej epidemji zmalała.

Jausion podaje, że w durze brzusznym stosował z korzyścią podskórne wstrzykiwania surowicy ozdrowieńców.

O przetaczaniu krwi w durze brzusznym. (Sur la transfusion du sang dans la fièvre typhoide). J. Rouillard.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 31. r. 1930.

U kobiety 25-cio letniej w przebiegu niewątpliwego duru, wystąpiły obfite krwawienia z dziąseł i jelit, które doprowadziły do znacznej niedokrwistości, gdyż ciałek czerwonych było 1,250,000 a hemoglobiny 35%, ciałek białych 1,200. Wobec bardzo ciężkiego ogólnego stanu, chorej przetoczono 400 ccm. krwi od kobiety, która nigdy nie przechodziła duru. Stan chorej nieco się poprawił, krwotoki ustąpiły. W tydzień później stan chorej nie uległ poważniejszej poprawie, wobec czego wstrzyknięto jej 250 ccm. krwi osobnika zdrowego i 110 ccm. od dawcy, który ongiś przechodził dur brzuszny. Po tym zabiegu zwolna nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Autor podkreśla szczególną skuteczność drugiego wstrzyknięcia (krwi człowieka, który przechodził dur), przyczem ta poprawa była znacznie większa, niż możnaby było oczekiwać, uwzględniając późny okres choroby.

Liczne krwotoki ciężkie i obfite w przebiegu duru brzusznego, uleczone przetaczaniem krwi. (Hémorragies multiples, profuses et graves au décours d'une fièvre typhoide. Leur arret instantané par la transfusion sanguine). V. Audibert, Avierinos i A. Raybaud.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 31. r. 1930.

Chora lat 36 przebyła najprzód anginę bardzo ciężką, poczem przez 8 dni miała gorączkę i biegunki. Przez następny miesiąc biegunki jeszcze trwały bez podwyższenia się ciepłoty. Znaczne osłabienie pozwoliło chorej dopiero w trzy miesiące po przebyciu anginy wstać z łóżka, a wówczas wystąpiły obfite krwawienia z dziąseł oraz bardzo liczne wybroczyny krwawe na skórze.

Badanie chorej wykazało znaczną niedokrewność, wybroczyny krwawe na skórze, nitkowate tętno, powiększenie śledziony i rozwolnienie. Nadto okazało się, że chora krwawi z dziąseł, macicy, jelit, że ma krwawe wymioty, krwiomocz i wybroczyny krwawe na spojówkach oczu. Chorej przetoczono natychmiast 300 ccm. krwi. Tego samego wieczoru krwotoki ustąpiły i stan ogólny znacznie się poprawił. W cztery dni później wstrzyknięto chorej znowu 200 ccm. krwi. Dalsze badania wykazały, że chora niewątpliwie przechodziła dur brzuszny i że zakażenie prątkiem Eberta było przyczyną tych zmian.

Autorowie podkreślają rzadko spotykane, współcześnie występujące krwawienia z rozmaitych narządów, sądzą, że przyczyny powyższych zmian należy szukać nie tylko w samym durze brzusznym, ale też i w złośliwem zakażeniu dodatkowem, dla którego bramą wejścia były zmiany w gardle. Co się tyczy mechanizmu działania przetaczania krwi autorowie sądzą, że chodzi tu nie tylko o wzmożenie masy krwi, ilości hemoglobiny i zdolności przenośnej względem tlenu, że wstrzyknięta krew dostarczyła osłabionemu ustrojowi nie tylko pierwiastków niezbędnych dla przywrócenia krzepliwości krwi, ale też być może i wydzielin gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, które pobudziły narządy krwiotwórcze chorej do nowej czynności.

Bezpośrednie wstrzykiwania lipiodolu do płuc. (Injection transpariétale du lipiodol pour l'étude du drainage pulmonaire). Ameuille i Darbois.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 31. r. 1930.

Celem zbadania w jaki sposób opróżniają się jamy w płucach (np. gruźlicze, po ropniach płuc

i t. d.), autorowie wstrzykiwali lipiodol bezpośrednio przez klatkę piersiową do jamy płucnej. Powołują się oni na to, że zranienia płuc zapomocą igły zupełnie są nieszkodliwe, jak się o tem można było przekonać przy zakładaniu odmy sztucznej. W przebiegu swoich badań autorowie nie spostrzegali nigdy jakichkolwiek ujemnych skutków, bądź to bezpośrednio po wstrzyknięciu, bądź też w dłuższy czas potem. Zabieg wykonywali w sposób następujący: przedewszystkiem zapomocą metody trzech klisz rentgenologicznych ustalali najmniejszą odległość jamy płucnej od ścian klatki piersiowej, następnie nakłuwali w przestrzeni międzyżebrowej przy pomocy długiej igły o kalibrze stosowanym przy odmie sztucznej. Zapomocą pociągnięcia tłoczkiem strzykawki przekonywali się, czy koniec igły znajduje się istotnie w jamie płucnej a nie np. w naczyniu krwionośnem, wreszcie wstrzykiwali 10 do 20 ccm. ogrzanego lipiodolu. Po wstrzyknięciu i wyciągnięciu igły sporządzano cały szereg zdjęć rentgenologicznych.

Badania te wykazały, że lipiodol nagromadza się na dnie jamy i tam pozostaje, skąd wylewa się do komunikującego z jamą oskrzela tylko w razie zmiany pozycji chorego. Jeżeli ujście do oskrzela znajduje się na dnie jamy, lub jeśli sama jama jest bardzo płytka, wówczas lipiodol odrazu przechodzi do oskrzela. Dopiero przejście lipiodolu do oskrzela wywołuje kaszel, który opróżnia jamę, przynajmniej częściowo, z lipiodolu. Jest rzeczą charakterystyczną, że wyrzucany z jamy lipiodol nie dostaje się odrazu do głównego oskrzela a stamtąd nazewnątrz, ale rozpryskuje się przedewszystkiem do sąsiednich oskrzeli i oskrzelików, a nawet do oskrzeli płuca strony przeciwnej.

Badania autorów wykazują, że sam płyn nagromadzony w jamie nie wywołuje odruchu dążącego do opróżnienia tej jamy, chyba część zawartości jamy dostanie się do oskrzeli i pobudzi do kaszlu. Następnie badania te stwierdzają, że zawartość jamy dostaje się przedewszystkiem do sąsiednich oskrzeli a zatem nasuwa się myśl, że jadowita zawartość jam gruźliczych powinna w tych przypadkach prowadzić do szybszego i znaczniejszego rozprzestrzenienia się procesu chorobowego, aniżeli to zazwyczaj ma miejsce, co dowodziłoby zatem, że istnieją jakieś środki obrony ze strony zdrowego płuca, które należałoby zbadać.

Powyższy sposób badania należałoby stosować, według autorów, w celach rozpoznawczych, szczególnie zaś tych jam, które komunikując z bardzo wąskiem oskrzelem nie mogą być wypełnione lipiodolem w sposób stosowany dotychczas, t. j. przez wprowadzanie lipiodolu do tchawicy.

Przypadek marskości wątroby, leczony zapomocą diatermji. (Essai de traitement d'un cas de cirrhose alcoolique par la diathermie du foie). F. Pagniez, A. Plichet, H. Loutsch i J. H. Marchand.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 29. r. 1930.

Chory lat 37, przed rokiem przechodził żółtaczkę bezgorączkową, która ustąpiła po 15-tu dniach. Wówczas choremu, który nadużywał alkoholu, zakazano picie tegoż. Chory tej rady nie usłuchał, a przed miesiącem zauważył, że brzuch zaczyna mu się powiększać. Przed dwoma tygodniami wypuszczono 10 litrów płynu z jamy brzusznej. Płyn ten bardzo rychło nagromadził się na nowo, co chorego skłoniło do zgłoszenia się do szpitala. Badanie fizykalne wykazuje znaczne wychudzenie górnej połowy ciała, lekkie żółtaczkowe zabarwienie, bardzo znaczne powiększenie brzucha, przepuklinę pępkową i obrzęki nóg. Badanie moczu zmian nie wykazało. Choremu odrazu wypuszczono z jamy brzusznej 15 litrów żółtawego płynu, wówczas też można było stwierdzić niezbyt dużą wątrobę. Przy stosowaniu środków moczopędnych, odpowiedniej djety i wstrzykiwań wyciągu z wątroby stan chorego o tyle się poprawił, że obrzęki nóg ustąpiły. Niebawem jednak płyn w jamie brzusznej zaczął się na nowo nagromadzać. Wypuszczono go w ilości 8-miu litrów i rozpoczęto leczenie zapomocą diatermji, trzy razy na tydzień po 20 minut, przy zastosowaniu jednej elektrody na krzyż, drugiej zaś na okolicę wątroby; napięcie: 1 i ½ ampera.

Po czwartym seansie płyn w jamie brzusznej przestaje się nagromadzać, a następnie występuje wchłanianie się płynu, co kontrolowano ściśle regularnem ważeniem chorego. Po piętnastu seansach wstrzymano to leczenie przy bardzo dobrym, ogólnym stanie i względnie nieznacznej ilości płynu w jamie brzusznej. Po trzytygodniowej przerwie, płyn zaczął znowu się nagromadzać, wobec czego zastosowano ponownie 12 seansów diatermji, co spowodowało powtórne wessanie się płynu. Od tego czasu, t. j. przez trzy miesiące płyn nie nagromadza się, obrzęki nóg nie pojawiają się a stan ogólny stale się polepsza, tak, że chory zamierza niebawem opuścić szpital i podjąć swój normalny tryb życia.

Autorowie podkreślają, że przez cały czas stosowania diatermji, chory nie otrzymywał żadnych leków ani żadnych zabiegów, poza niezbyt surową djetą i oczywiście całkowitym zakazem picia alkoholu. Naturalnie nie można się łudzić, że leczenie zapomocą diatermji sprowadziło uleczenie marskości wątroby, niewątpliwie jednak remisja objawów chorobowych nastąpiła w związku z powyższem leczeniem. Autorowie mieli przed laty podobny przypadek w obserwacji, w którym stosowanie diatermji sprowadziło całkowite wessanie się płynu w jamie brzusznej, lecz niebawem stan chorego pogorszył się.

Tłumaczenie mechanizmu działania diatermji na proces chorobowy w wątrobie jest trudne. Być może ,że chodzi tu o wpływ na tkankę łączną, podobnie jak to widzimy przy stosowaniu diatermji w zwężeniach odbytnicy, być może jednak, że diatermja zmienia warunki krążenia krwi w wątrobie lub też wpływa na wzajemny stosunek białek osocza krwi.

Dwa przypadki azotemji, wywołanej trypaflawiną. (Deux cas d'azotémie trypaflavinique. Etude clinique et expérimentale). Ch. Richet fils i R. Couder.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 32. r. 1930.

W ostatnich latach stosowanie trypaflawiny, t. j. chlorku diaminomethylacrydyny święci prawdziwe tryumfy, gdyż jest to jeden z najdzielniejszych środków bakterjobójczych, stosowanych w zakażeniach gonokokkowych oraz w posocznicach.

Wielu autorów, którzy ten środek stosowali na bardzo dużym materjale, nie widzieli żadnych ujemnych skutków. Tam zaś, gdzie następowała śmierć, obwiniano przedewszystkiem ciężkość zasadniczej choroby.

Nieliczne są tylko notatki odnoszące się do ujemnych objawów, spowodowanych wstrzyknięciem trypaflawiny. Objawy te występowały jedynie po dużych dawkach i wyrażały się nudnościami, wymiotami, ogólnem osłabieniem. W jednym przypadku nastąpiła śmierć wskutek omyłkowego wstrzyknięcia wyjątkowo dużej dawki: 3 i ½ ctgr. trypaflawiny na jeden kg. wagi ciała, jednorazowo, podczas gdy najwyższa dawka, jednorazowa zazwyczaj stosowana wynosi 1 ctgr. na 1 kg. wagi ciała.

W przypadku autorów chodziło o 30-letnią chorą, gorączkującą od paru dni, u której stwierdzono ostry nieżyt oskrzeli. Zarówno badanie moczu, jak i krwi, plwociny oraz prześwietlenie promieniami Roentgena nie wykazało żadnych zmian. Wobec przewlekania się sprawy chorobowej chorej wstrzykiwano trypaflawinę w ciągu 6 dni, przyczem stan chorej znacznie się poprawiał. Ogólna ilość wynosiła 2,6 ctgr. na 1 kg. wagi ciała chorej. Zarówno skóra, jak i mocz chorej były silnie na żółto zabarwione. W dwa dni później chora uskarżała się na bóle przy oddawaniu moczu, poczem nastąpiło zatrzymanie oddawania moczu, a cewnikowanie wydobyło tylko 600 ccm. moczu na dobę, z dużą zawartością białka. Chora była bardzo blada, jęcząca, wymiotowała wszystkie pokarmy, a nadto pojawiły się obfite i uporczywe biegunki. Badanie krwi wykazało przyczynę tego stanu, a mianowicie, znaczną azotemję, (4 gr. mocznika na 1 litr). Ciężki stan chorej utrzymywał się jeszcze przez parę dni, poczem zwolna nastąpiła poprawa, zarówno stanu ogólnego, jak i ilość białka w moczu i mocznika we krwi zaczęła spadać. Jedynie biegunka trwała przez dwanaście dni. Po paru tygodniach chora opuściła szpital zupełnie zdrowa.

W drugim wypadku chodziło o kobietę 48-mio letnią, która zgłosiła się do szpitala z powodu bólu w stawach oraz gorączki. Badanie fizykalne wykazało obecność dość licznych guzków w skórze, bolesnych przy dotyku. Badanie krwi wykazało obecność gronkowca złocistego (staphylococcus aureus). Przy ogólnie, względnie dobrym stanie, dwa guzki w skórze ulegały zropieniom, a w ropie wykazano obecność staphylococcus aureus. Stan chorej niebawem zaczął się pogarszać i wówczas zastosowano, obok propidonu, także wstrzykiwania trypaflawiny. Po paru dniach pojawiło się na skórze erythema solare poakrydynowe na twarzy i prawem przedramieniu. Ogólny stan coraz gorszy, ilość moczu zaczęła się zmniejszać, pojawiło się w nim białko. Zaprzestano stosowania trypaflawiny. Pojawiły sie nudności i biegunka, a we krwi wykazano azotemję wynoszącą 2,85 gr. mocznika pro mille. Mimo ogólnego osłabienia, ciśnienie krwi zaczęło wzrastać; w dalszym przebiegu stan chorej przedstawiał obraz raczej azotemji, aniżeli posocznicy. Mimo stosowania odpowiedniego leczenia azotemja wzrosła do 4,85 gr. mocznika pro mille i chora zmarła wśród objawów śpiączki. Sekcji nie dokonano.

Autorowie omawiając drugi przypadek, podkreślają, że zmiany nerkowe i wypływająca stąd azotemja nie mogły zależeć od umiejscowienia się zasadniczej sprawy chorobowej w nerkach, ale raczej objawy te były wyrazem zatrucia trypaflawiną. Aż do czasu zastosowania trypaflawiny stan chorej naogół był dobry, tak, że w żadnym wypadku nie można było spodziewać się tak rychłej śmierci. Naógół pogorszenia się stanu chorej nie można też odnosić do propidonu, podobnie też i erythema solare poakrydynowe, aczkolwiek przedstawiało obraz oparzenia drugiego stopnia, nie mogło jednak tak niekorzystnie wpłynąć na przebieg choroby, gdyż zajęta przestrzeń nie była zbyt wielka, a następnie erythema łatwo uległo wyleczeniu.

Niewątpliwie zatem stosowanie trypaflawiny w dawkach ogólnie używanych, lecz często powtarzanych, może wywołać późne zatrucie, wśród objawów typowej azotemji.

Dla dokładnego zbadania powyższej sprawy autorowie przeprowadzili cały szereg doświadczeń na myszach i królikach, wstrzykując zwierzętom rozmaite dawki trypaflawiny, przyczem stosowano trypaflawinę, pochodzącą z rozmaitych źródeł. Autorowie badali nie tylko śmiertelne dawki trypaflawiny, ale także zachowanie się mocznika we krwi, następnie przeprowadzali badania histologiczne oraz badania nad powinowactwem poszczególnych narządów do trypaflawiny. Wyniki tych badań doświadczalnych i obserwacji klinicznych można ująć w następujące punkty:

1. Niektóre próbki trypaflawiny wywołują, w dawkach ogólnie stosowanych, ciężkie, a nawet śmiertelne azotemje.

2. Wobec powyższego nie należy przekraczać dawki 20 ccm. rozczynu trypaflawiny 1 : 100.

3. Jakiekolwiek zmiany nerkowe wymagają szczególnej rozwagi w stosowaniu trypaflawiny.

4. O ile to możliwe, należy kontrolować każde wstrzyknięcie trypaflawiny przez oznaczanie ilości mocznika we krwi, w 48 godzin po zastrzyku. Należy zwrócić szczególną uwagę na pojawienie się wymiotów lub nudności.

5. Doświadczenia na zwierzętach wykazują, że jadowitość poszczególnych próbek trypaflawiny jest różna. Dawki 3 do 5 razy silniejsze, od dawek ogólnie używanych w klinice (w stosunku do wagi ciała), wywołują u zwierząt doświadczalnych hyperazotemję, prowadzącą do śmierci zwierzęcia.

Śmiertelny przypadek śpiączki niecukrzycowej, poinsulinowej. (Un cas de coma insulinique mortel en dehors du diabète). F. Rathery i Sigwald.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 32. r. 1930.

Po wprowadzeniu insuliny do lecznictwa cukrzycy, przestrzegano odrazu przed możliwością wystąpienia t. zw. zespołu hypoglykemicznego, a nawet śpiączki poinsulinowej, wywołanych zbyt dużą dawką insuliny. To niebezpieczeństwo nie powinno być przeszkodą w stosowaniu insuliny w odpowiednich przypadkach cukrzycy, zwłaszcza, że wystąpieniu zespołu hypoglykemicznego można zapobiec, wstrzykując insulinę zawsze przed posiłkiem, a nawet w razie wystąpienia pierwszych objawów przeinsulinowania można je łatwo usunąć, podając cukier doustnie lub też wstrzykując roztwór cukru gronowego podskórnie czy nawet dożylnie. Autorowie nie widzieli nigdy śmiertelnego przypadku, spowodowanego insuliną w przebiegu cukrzycy. W literaturze światowej przypadki takiej śmierci są notowane w liczbie około 10-ciu, co przedstawia minimalny odsetek, jeśli się uwzględni ogromne rozpowszechnienie stosowania insuliny w cukrzycy.

W ostatnich czasach rozciągnięto wskazania do stosowania insuliny także i poza cukrzycę, a autorowie sądzą, że te wskazania są może zbyt rozległe. Oczywiście w stosowaniu insuliny poza cukrzycą, możliwość wystąpienia zespołu hypoglykemicznego lub nawet śpiączki poinsulinowej, jest znacznie większa i ostrożność w stosowaniu insuliny musi być daleko posunięta w tych przypadkach. Autorowie przytaczają przypadek nieszczęśliwego stosowania insuliny.

Chora lat 27 leczona jest od roku w sanatorjum z powodu sprawy gruźliczej, łagodnej, w szczycie prawym oraz gruźlicy dolnych kręgów piersiowych. Celem usztywnienia kręgosłupa chorej zakładano odpowiedni gorset. Przed dziesięciu dniami, po zmianie gorsetu, chora bardzo cierpiała i przez 5 dni otrzymywała codziennie wstrzyknięcie 1 ctgr. morfiny. Przez 4 dni nie przyjmowała zupełnie pokarmów, poczem pojawiły się wymioty, które odnoszono do morfiny tak, że morfinę odstawiono a u chorej zastosowano lawatywy odżywcze. W ciągu następnych dni wymioty nadal trwały, nadto pojawił się zapach acetonu z ust a badanie moczu stwierdziło jego obecność. Chorej podano sodę oraz stosowano podskórne wlewania płynu fizjologicznego i lawatywę kroplową z tego samego płynu z dodatkiem sody. W czasie tego leczenia pojawiły się objawy tężyczki (tetanji), podczas gdy w moczu stale stwierdzić można było aceton. Od 5-ciu dni chorej wstrzykiwano insulinę po 50 lub 30 jednostek dziennie oraz 250 ccm. izotonicznego roztworu glukozy podskórnie. Na dzień przed przybyciem do szpitala chora straciła przytomność i zapadła w śpiączkę z typem oddychania Cheyne-Stoyes'a, wobec czego chorej wstrzyknięto 90 jednostek insuliny oraz pół litra fizjologicznego roztworu glukozy podskórnie i 1 litr tego roztworu w lawatywie kroplowej. *).

W chwili przybycia do szpitala chora jest w stanie pełnej śpiączki, z bradypnoe, przyśpieszonem tętnem (128 na minutę) i prawidłowem ciśnieniem krwi, objawy tężyczki widoczne. Wyraźnie można było stwierdzić odruch Chwostka. Badanie krwi wykazuje zaledwo 0,20 pro mille cukru przy znacznie zwiększonym zasobie zasad we krwi (71%). Stan bezgorączkowy, płyn mózgordzeniowy bez zmian. Chorej wstrzyknięto natychmiast dożylnie 1 gr. chlorku wapnia, co usunęło odrazu objawy tężyczki, następnie zastosowano kroplówkę z rozczynu glukozy oraz wstrzyknięto dożylnie pół litra roztworu fizjologicznego glukozy. Po paru godzinach stan chorej poprawił się. Badanie krwi wykazało 1.49 pro mille cukru, a zasób zasad spadł na 64.4%. Chorej powtórzono poprzednio zastosowane leczenie, a nadto wstrzyknięto 1 mlgr. adrenaliny. Po paru godzinach chora dostała gorączki 41,9°, oraz drgawek typu padaczki Jacksonowskiej. Po paru godzinach zmarła. Sekcja wykazała zmiany w płucach, w górze gruźlicze, w dole zapalenia płuc.

Autorowie czynią następujące uwagi: chora przedstawiała typowy obraz śpiączki poinsulinowej, zaczem przemawiało stosowanie insuliny oraz znacznie obniżona zawartość cukru we krwi. Podczas śpiączki u chorej wystąpiły objawy padaczkowe i tężyczkowe. Te ostatnie widywano już w czasie śpiączki poinsulinowej. Autorowie zastanawiają się czy w tym przypadku należało stosować sodę, zwłaszcza, że zasób zasad był względnie wysoki i wynosił 71%. *) Trzeba też zauważyć, że mimo podwyższenia zwierciadła cukru we krwi (1.49 pro mille), śpiączka poinsulinowa nadal trwała i skończyła się śmiercią. Należy podkreślić, że znaczne wynędznienie chorej oraz istniejący proces gruźliczy niewątpliwie uczulił ustrój chorej względem insuliny, niektórzy autorowie podkreślają tę wrażliwość względem insuliny u chorych na gruźlicę. Przypadek ten poucza o niezbędności badania krwi na zawartość cukru podczas stosowania insuliny czy to u chorych na cukrzycę, czy też u innych chorych.

---

*) Fizjologiczny rozczyn glukozy jest 5%. Ilość wprowadzonego cukru wyniosła zatem około 75 gr., wobec 90 jednostek insuliny, a zwłaszcza wobec wygłodzenia chorej, ilość cukru była bezwarunkowo za mała, tembardziej, że nie chodziło tu o cukrzycę. (Przyp. referenta).

*) Jak wiadomo, objawy tężyczki odnosimy do alkalozy krwi, względnie do obniżenia ilości wapnia krwi. (Przyp. referenta).

Wczesne rozpoznawanie schorzeń nerek. (Le dépistage précoce des localisations rénales). D. P o r g e.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 10. r. 1930.

Autor przypomina, że bardzo często spotykamy przypadki rozwiniętego zapalenia nerek, nieleczonego wskutek zaniedbania odpowiednich badań moczu, w swoim czasie. W czasie chorób zakaźnych oraz po ich przebyciu badanie moczu względnie częściej jest dokonywane i tu jednak należy pamiętać o tem, że choroba nerek może wystąpić względnie późno, na co wskazuje przypadek autora, w którym zapalenie nerek po płonicy wystąpiło dopiero ósmego tygodnia po przebytej chorobie. Co się tyczy samego badania moczu autor przypomina, że należy badać nie tylko mocz z całej doby, ale i poszczególne porcje, nieraz bowiem się zdarza, że tylko w poszczególnych porcjach moczu może znajdować się białko, które rozcieńczone innymi, bezbiałkowymi porcjami, może nie dać się wykryć. Nadto autor przypomina powiedzenie *Dieulafoy*, że białko w moczu jest niestałą i niewierną oznaką zapalenia nerek. Na dowód słuszności tego powiedzenia, autor przytacza przypadki, w których wielokrotne badanie moczu nie wykazywało obecności białka, a dopiero badanie osadu z moczu wykrywało obecność krwinek, a nieraz i innych elementów morfotycznych.

Niewątpliwie należy uwzględniać istnienie białkomoczu ortostatycznego, białkomocz po fizycznem zmęczeniu, po posiłkach oraz białkomocz u rosnącej młodzieży, nie należy jednak zapominać, że dokładne, wielokrotne badanie nie tylko chemiczne, ale i mikroskopowe osadu moczu, pozwoli nieraz na wyodrębnienie z powyższych białkomoczów także i typowego zapalenia nerek.

W końcu autor zaznacza, że jakkolwiek istnieje możliwość, w podobnych przypadkach wykrycia kamienia nerkowego lub gruźlicy nerek, jako przyczyny białkomoczu i krwinek w moczu, to jednak te przypadki nie są tak częste, jak to przypuszczał *Paillard*, doradzając w takich przypadkach prześwietlanie Rentgenem oraz szczepienie moczu świnkom morskim.

Uwagi o fosforanowej kamicy moczowej. (A propos de la lithiase phosphatique urinaire). H. P a i l l a r d.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 10. r. 1930.

Pewna liczba autorów przyjmuje następujący mechanizm powstawania kamieni fosforanowych: najpierw zakażenie, następnie zalkalizowanie moczu z powodu zakażenia, wypadanie soli fosforanowych, wreszcie tworzenie się kamieni. Autor sądzi, że powyższy mechanizm nieraz ma istotnie miejsce, najczęściej jednak dzieje się tak, że zalkalizowanie moczu i wypadanie fosforanów przebiega zupełnie niezależnie od zakażenia, które pojawia się dopiero później, jako sprawa towarzysząca. Wiemy o tem, że ludzie przepracowani umysłowo, wrażliwi nerwowo, chorzy na zaburzenia żołądkowe i jelitowe lub też ludzie nadużywający leków zawierających zasady albo picia wód mineralnych alkalicznych — wydzielają mocz alkaliczny, mętny od wykrystalizowanych soli fosforanowych. Mimo to, w takim moczu bardzo często nie wykrywamy żadnych drobnoustrojów. Według autora wszyscy, wyżej wymienieni, mogą być predestynowani do kamicy fosforanowej. Jeżeli na powyższe schorzenie nie cierpią, to dlatego, że brak jest w moczu cementu, któryby spoił wykrystalizowane sole fosforanowe w kamień fosforanowy. Skoro u takich ludzi wystąpi najmniejsze zakażenie dróg moczowych, wówczas znajdą się drobne złogi włóknika, które będą bezpośrednią przyczyną powstania kamienia. Według autora staphylococcus znacznie częściej jest przyczyną wystąpienia odczynów leukocytarnych i wysiękowych aniżeli bacillus coli i dla tego ten pierwszy gra większą rolę w powstawaniu kamicy. Autor nie wchodzi bliżej w teorję humoralną, względnie zakaźną powstania kamicy, zaznacza jednak, że nieraz niepodobna jest wykryć istnienia zakażenia dróg moczowych w przypadkach kamicy.

Z chwilą, gdy istniejący już kamień zostaje chirurgicznie wydobyty, względnie samoistnie wydalony nazewnątrz, wówczas należy kamień ten dać chemicznie zbadać, w przeciwnym bowiem razie dalsze leczenie chorego może być prowadzone w sposób fałszywy i choremu grozi ponowne, a nawet wielokrotne powstawanie kamieni, co tak często ma miejsce.

Dla wczesnego rozpoznania kamicy fosforanowej, dla odpowiedniego leczenia i zapobiegania tej chorobie, należy przeprowadzać dokładne badanie świeżo oddanego moczu. Z chwilą, gdy świeży mocz jest oddziaływania alkalicznego lub obojętnego, gdy ewentualne zmętnienie moczu pochodzi od soli fosforanowych (zmętnienie znika po ogrzaniu i zakwaszeniu moczu kwasem octowym), wówczas należy dokładnie badać osad, aby stwierdzić jakość kryształków soli a nadto, co jest rzeczą bardzo ważną, czy niema w osadzie moczu krwinek, lub większej liczby leukocytów, co pośrednio wskazuje na istnienie w drogach moczowych procesu zapalnego, a wreszcie, czy w moczu niema drobnoustrojów. Z chwilą, gdy stwierdzimy istnienie powyższych zmian, tem samem stwierdzamy istnienie wszystkich warunków potrzebnych dla powstania kamicy. Oczywiście nie dowodzi to jeszcze wprost istnienia samej kamicy, nie mniej jednak wymaga dalszych badań (wywiady, badanie fizykalne, prześwietlenie promieniami Roentgena), gdyż nieraz w tym okresie już może istnieć kamień fosforanowy, który nie daje żadnych powodów do skarg ze strony chorego.

W celach leczniczych i zapobiegawczych względem kamicy fosforanowej należy wyłączyć z djety pokarmy, obfitujące w wapń łatwo przyswajalny (zielone jarzyny surowe, surowe owoce i surowe mleko). Następnie wyłączyć należy picie wód alkalicznych i przyjmowanie zasad (zamiast węglanu sodu, podać można w razie konieczności węglan bizmutu lub kaolin). Jako leki zakwaszające można podawać kwas fosforowy, cytrynowy lub salicylan sodu. Należy przepłukiwać drogi moczowe, podając na czczo zwykłą wodę, lub wodę mineralną diuretyczną, lecz nie zasadową. Trzeba też przeprowadzić odkażanie dróg moczowych, a w razie konieczności wakcynoterapję, zwłaszcza zapomocą autowakcyny. Nie należy też zaniedbać leczenia ogólnego.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Uwagi na temat szwu kostnego w złamaniach górnego końca kości udowej. (Quelques considérations sur l'ostéosynthèse - fractures de l'extremité superieure du fémur). L a m b o t t e.
La Presse Méd. № 97, grudzień 1930.

Autor, wogóle, uważa stosowanie przeszczepów kostnych żywych lub kości martwych (ludzkich lub zwierzęcych) jako materjału do szycia kości za niecelowe i szkodliwe. Koniecznym bowiem warunkiem uzyskania pomyślnego wyniku szycia kości jest d o k ł a d n e d o s t o s o w a n i e do siebie i ich s i l n e u m o c o w a n i e w tem ustawieniu. Do tego konieczne jest wykonanie operacji ściśle pod kontrolą oka; należy zaniechać wszelkich zabiegów, wykonywanych na ciemno np. wbijania gwoździ poprzez skórę.

Autor do szycia kości używa wyłącznie gwoździ ze stali umiarkowanie hartowanej, niezbyt grubych i długich, i blaszek (wraz z odpowiedniemi śrubkami) z miękkiego żelaza oksydowanego.

Jeśli chodzi teraz o złamania w zakresie górnej nasady kości udowej, to rozróżniamy tu cztery ich odmiany.

I. Z ł a m a n i a p r z e z k r ę t a r z o w e — w większości przypadków złamania te goją się zupełnie dobrze bez operacji, w razie braku większego przemieszczenia odłamów wystarcza poprostu ułożenie chorego w łóżku na kilka tygodni; jeśli jednak ma miejsce duże zniekształcenie względnie przemieszczenie, należy operacyjnie zestawić odłamy i umocować je zapomocą dwu śrub, wkręconych od zewnętrznej powierzchni krętarza dużego; chory taki zaczyna chodzić po 4 tygodniach.

II. Z ł a m a n i a p o d s t a w y s z y i — postępowanie jak wyżej; po operacji zwykle wystarcza ułożenie kończyny między workami z piaskiem.

III i IV. Z ł a m a n i a w ł a ś c i w e j s z y i i z ł a m a n i a p r z y g ł ó w k o w e sprawiają najwięcej trudności w leczeniu operacyjnem i dają, naogół, rokowanie niezbyt pomyślne. Dostatecznie silne umocowanie odłamów bywa utrudnione przez małe ich rozmiary i często tutaj występujące rozrzedzenie kości. Unieruchamia się odłamy, zasadniczo, przez wbicie gwoździ od strony zewnętrznej, drążących aż do szczytu główki kości udowej. W przypadkach znacznego rozrzedzenia główki wskazanem będzie całkowite jej wycięcie z następowem wprowadzeniem do panewki odłama dolnego; po odprowadzeniu kończyny unieruchamia się ją w opatrunku gipsowym na przeciąg 4 tygodni.

W z ł a m a n i a c h t r z o n u k o ś c i u d o w e j p o p r z e c z n y c h l u b s ł a b o s k o ś n y c h autor szyje odłamy zapomocą blaszek żelaznych i odpowiednich śrubek. Blaszka taka powinna mieć długość pięciokrotnie przekraczającą grubość kości i unieruchamiać odłamy tak mocno, żeby nawet kosztem dużego wysiłku mięśniowego nie było można tu nic poruszyć. Blaszka taka musi dokładnie przylegać do obnażonej z okostnej powierzchni kości. Zaraz po operacji chory zaczyna poruszać kończyną a po zagojeniu się rany skórnej zaczyna chodzić. W razie ropienia w miejscu szwu kostnego — należy sączkować, jednak bez usuwania blaszki, którą trzeba tu pozostawić aż do chwili wystąpienia mocnego zrostu.

Podstawy fizjologiczne przetaczania krwi w leczeniu krwotoków. (Les bases physiologiques de la transfusion sanguine pour hémorrhagie). G o s s e t, T z a n c k i C h a r r i e r.
La Presse Méd. № 102, grudzień 1930.

Jakkolwiek przetaczanie krwi jako metoda lecznicza jest znane i stosowane nieomal od czasów starożytnych, to jednak jego uzasadnienie fizjologiczne dotychczas jeszcze nie zostało jasno sformułowane.

Zasadniczo, wskazania do przetaczania krwi można podzielić na dwie grupy: 1) następstwa różnego rodzaju krwotoków i 2) konieczność wyzyskania różnych, do pewnego stopnia drugorzędnych własności krwi, jak jej działania krwiotwórczego, przyśpieszającego krzepnięcie krwi, własności bakterjobójczych, obecności w niej hormonów i t. p. Autorowie zajmowali się wyłącznie następstwami ciężkich krwotoków i w związku z tem przeprowadzili szereg odnośnych doświadczeń na królikach i psach i pewną liczbę spostrzeżeń klinicznych.

U jednych zwierząt wywoływano g w a ł t o w n e u p u s t y k r w i przez nakłucie lub nacięcie tętnicy szyjnej lub udowej; strata krwi w tych przypadkach nigdy nie dochodziła do 70%, gdyż wcześniej już ustawało krążenie i następowała śmierć, o ile nie zastosowano odpowiedniego leczenia. U innych — wykonywano u p u s t y k r w i n i e z b y t d u ż e, a l e z a t o p o w t a r z a n e, przyczem strata krwi dochodziła tutaj do 80 — 90%.

Mechanizm zejścia śmiertelnego w następstwie krwotoku może być dwojaki: Śmierć następuje albo wskutek zapaści (collapsus), albo też wskutek bezpośredniego braku krwi jako przenośnika tlenu (zaduszenie).

I. Ś m i e r ć w s k u t e k z a p a ś c i bywa następstwem gwałtownych krwotoków, które szybko doprowadzają do zgubnego dla ustroju niedokrwienia ośrodków mózgowych. Śmierć poprzedzają tutaj pewne objawy nerwowe jak drgawki i porażenie oddechu. Strata krwi nigdy nie dochodzi do 70% całkowitej jej ilości, gdyż duża część krwi przepełnia trzewa brzuszne, zalegając tutaj, przez co ustrój broni się przed nadmierną jej utratą. Jeśli w przypadkach tych, po zatamowaniu krwawienia, wstrzyknąć roztwór fizjologiczny dożylnie (czasami wystarcza nawet niskie ułożenie głowy), ustrój wraca do życia, gdyż poprawia się ukrwienie ośrodków mózgowych. Jeżeli jednak krwawienie nie zostanie uprzednio zatamowane, to wstrzyknięcie roztworu fizjologicznego jedynie nasili utratę krwi i przyspieszy zejście śmiertelne, ponieważ będzie przeciwdziałało temu aktowi samoobrony krwawiącego ustroju, jakim jest spadek ciśnienia krwi.

II. Inaczej bywa w przypadkach ś m i e r c i w s k u t e k b r a k u k r w i j a k o p r z e n o ś n i k a t l e n u (z a d u s z e n i e), które są następstwem krwotoku niezbyt gwałtownego, ale długotrwałego względnie powtarzającego się. Strata krwi dochodzi tutaj do krańcowych liczb („organizm bez kropli krwi"), przekraczając 70%. Wstrzykiwanie roztworu fizjologicznego ani też ni-

skie ułożenie głowy celu tutaj nie osiągną, gdyż ustrój już jest całkowicie pozbawiony wszelkich rezerw krwi (w przeciwieństwie do przypadków grupy poprzedniej). Poprawę można osiągnąć jedynie zapomocą przetaczania krwi, przyczem ilość krwi przetoczonej musi być w prostym stosunku do ilości krwi straconej.

Wnioski ostateczne autorowie formułują w sposób następujący. Zakres działania, a więc i zastosowania leczniczego, roztworu fizjologicznego soli i przetaczania krwi jest zupełnie odrębny; przetoczenia krwi nie można zastąpić wstrzyknięciem roztworu fizjologicznego.

Wstrzyknięcie dożylne roztworu, zanim gwałtowny krwotok zostanie zatamowany, tylko przyśpieszy zejście śmiertelne; jednakże wstrzyknięcie roztworu fizjologicznego w tempie zwolnionem (kroplówka dożylna), nie podnoszące ciśnienia tętniczego, może podtrzymać konieczne dla życia funkcje ustroju na pewnym minimalnym poziomie, dopóki nie nastąpi samoistne zaczopowanie się dziury w naczyniu krwawiącem.

Ilość przetoczonej krwi powinna odpowiadać dosyć dokładnie ilości krwi straconej.

Działanie lecznicze adrenaliny w przypadkach zapaści wskutek krwotoku polega na wywołaniu skurczu naczyń trzewnych, z których krew zostaje dzięki temu przepchnięta do serca (nieraz zupełnie prawie pustego). Działanie swoje adrenalina wywiera tu tem szybciej i tem intensywniej, im bliżej serca (dożylnie) została ona wstrzyknięta, ewentualnie nawet wprost do serca.

Odczyny komórkowo-tkankowe, powstające w nowotworach złośliwych pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena i radu (γ). (Les réactions cytologiques et histologiques déclenchés dans les tumeurs malignes par les radiations). D u s t i n.

Le cancer VII — № 1, 1930.

Jak głosi prawo Perthesa, komórki, znajdujące się w okresie podziału (karjokinezy), są szczególnie wrażliwe na działanie promieni Roentgena i radu. Jednakże okazało się, że istnieją komórki w stanie spoczynku, które również są bardzo wrażliwe na naświetlania powyższe. Dlatego też prawo Perthesa należałoby rozszerzyć w sposób następujący: „O d c z y n z e s t r o n y k o m ó r e k n a n a ś w i e t l a n i a j e s t t y m w y b i t n i e j s z y, i m m n i e j s ą t e k o m ó r k i z r ó ż n i c o w a n e i i m b l i ż s z e s ą o k r e s u p o d z i a ł u".

Jasnem jest przeto, dlaczego szczególnie wrażliwe są na naświetlania organizmy młode, szybko rosnące, i te narzady organizmów dorosłych, które cechują się dużą czynnością rozrodczą jak jądra, jajniki, szpik kostny, ośrodki tkanki limfoidalnej, warstwa Malpighiego skóry, wszelkie komórki o nadmiernie wzmożonej czynności i, wreszcie, komórki nowotworowe.

Zadziałanie promieni Roentgena względnie radu na tkankę żywą przejawia się dosyć typowemi zmianami ze strony jąder komórkowych i zarodzi. O d c z y n z e s t r o n y j ą d e r ma charakter czterofazowy. W pierwszym okresie następuje znaczny spadek liczby podziałów karjokinetycznych i obumarcie komórek, które w czasie naświetlania znajdowały się w okresie karjokinezy. W drugim — zjawiają się obrazy karjokinezy nietypowej. W trzecim — ustaje wszelka karjokineza, typowa i nietypowa, a komórki nowotworowe ulegają zupełnie obumarciu; okres ten odpowiada klinicznemu wyleczeniu nowotworu złośliwego. Ale po tym przychodzi o k r e s c z w a r t y, c e c h u j ą c y s i ę z n a c z n e m n a s i l e n i e m p r o c e s ó w k a r j o k i n e z y, która odbywa się tu o wiele intensywniej, niż przed naświetleniem.

Z a r ó d ź komórek naświetlonych, które pod wpływem naświetlań utraciły zdolności karjokinetyczne, traci swój charakter komórki młodej, niezróżnicowanej i zaczyna się „starzeć", dojrzewać, co również zaliczyć należy na rachunek wyleczalności nowotworów złośliwych.

Długotrwałość powyższych faz odczynu komórkowego i ich nasilenie zależą w pierwszym rzędzie od wielkości dawki energji promienistej; im ta dawka jest większą, tym dłuższą będzie faza trzecia (faza bez karjokinezy). Poza tem, ów odczyn zależy również w pewnym stopniu od charakteru i budowy histologicznej samego nowotworu.

Zmiany w komórkach, będące następstwem zadziałania promieni X lub radu, nie są bynajmniej dla tych promieni swoiste, gdyż, zasadniczo, mogą być wywołane szeregiem innych czynników jak np. chemicznych.

Działanie owej energji promienistej na komórki nowotworowe lub tkanek zdrowych nie jest ani bezpośrednie, ani natychmiastowe. Dowodzi tego, między innemi, mniejsza ich wrażliwość in vitro, niż in situ; przerwanie lub znaczne zmniejszenie dopływu krwi do tkanki naświetlanej również zmniejsza jej wrażliwość na działanie promieni.

Stąd wniosek, że o d c z y n k o m ó r k o w y n a n a ś w i e t l e n i e j e s t w y p a d k o w ą b a r d z o z ł o ż o n e j r e a k c j i, j a k a z a c h o d z i m i ę d z y k o m ó r k ą, p ł y n a m i t k a n k o w e m i i d z i a ł a n i e m f i z y k o c h e m i c z n e m p r o m i e n i.

Leczenie tak zwanych torbieli maziówkowych (ganglion). (Le traitement des kystes dits „synoviaux"). M u t e l.

Paris Méd. № 48, listopad 1930.

Operacyjne usuwanie tego rodzaju torbieli maziówkowych uważane jest naogół za zabieg prosty i nie przedstawiający dla chorego żadnego niebezpieczeństwa. Tak, jednakże nie jest, gdyż w pewnej liczbie przypadków, coprawda dosyć rzadkich, po takim zabiegu powstają powikłania miejscowe lub ogólne, o charakterze nieraz dosyć groźnym tak, że ryzyko operacyjne nie równoważy tych niewielkich dolegliwości schorzenia pierwotnego.

Etjologia tych torbieli może być trojaka. W pewnej liczbie przypadków są to pourazowe u w y p u k l e n i a m a z i ó w k i p o c h e w e k ś c i ę g n o w y c h poprzez szczelinę w otaczającym je aparacie więzadłowym. Operacja tego rodzaju torbieli daje wyniki dobre i trwałe; powikłań pooperacyjnych nie bywa.

Inne znowuż przypadki są n a t u r y g r u ź l i c z e j, przyczem wycięcie operacyjne takiej

torbieli może spowodować rozszerzenie się procesu swoistego miejscowe lub ogólne. Tła gruźliczego dowodzą tu, między innemi — wynik dodatni szczepienia zawartości torbieli świnkom morskim i nawrót miejscowy pod postacią „synovitis fungosa", jako też powstanie — po wycięciu torbieli — gruźliczego ogniska kostnostawowego w jej sąsiedztwie.

Trzeci rodzaj torbieli — to torbiele przystawowe, powstałe wskutek zwyrodnienia koloidowego miejscowego zbiorowiska tkanki łącznej włóknistej (klejodajnej). W tego rodzaju przypadkach po operacji wycięcia torbieli widzi się nierzadko nawrót cierpienia. Owe torbiele bywają nieraz dużych rozmiarów; należą tu również tak zwane torbiele „wędrujące".

Klinicznie schorzenie omawiane przedstawia się pod postacią niewielkich zwykle guzków półkulistych, niebolesnych przy ucisku, wyraźnie odgraniczonych od otoczenia, gładkich; torbiele duże mają za tło najczęściej zwyrodnienie koloidowe tkanki łącznej (fibrosis cystica). Zawartość torbieli przedstawia się pod postacią niecharakterystycznej masy gęstej, ciągnącej się, bezbarwnej, bez cech wysięku zapalnego. Istnienie połączenia między torbielą a światłem pochewki maziowej względnie torebki stawowej przemawia za jej pochodzeniem mechanicznem (pourazowem) lub gruźliczem.

Wskazania operacyjne. W przypadkach dużych torbieli, krępujących ruchy przez swoje rozmiary, i których wielkość przemawia przeciwko ich naturze gruźliczej, wskazanem będzie wycięcie operacyjne torbieli wraz z dokładnem następowem wyłyżeczkowaniem jej łożyska. W przeciwieństwie do nich, w przypadkach torbieli małych, niebolesnych i nie krępujących ruchów chorego, a zwłaszcza tam, gdzie jest podejrzenie tła gruźliczego, należy się ograniczyć raczej do okresowego, powtarzanego opróżniania torbieli zapomocą nakłucia wąskim nożykiem poprzez skórę.

Serce — a zabieg operacyjny. (Coeur et interventions chirurgicales). Vaquez.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie. № 31, grudzień 1930.

Autor zastanawia się tutaj nad zagadnieniem, jakie schorzenia serca stanowią zasadnicze przeciwwskazanie do operacji, ze względu na ryzyko narkozy i samego zabiegu.

Na wstępie zaznaczyć należy, że jak dotychczas, nie znamy dostatecznie pewnych sposobów dokładnego określenia sprawności serca ze szczególnem uwzględnieniem tych warunków, w jakich mogłoby się ono znaleźć w okresie pooperacyjnym.

Jeśli chodzi o osobników, którzy dotychczas na serce nigdy nie chorowali, a obecnie chcą się upewnić przed operacją co do ewentualnego ryzyka pooperacyjnych powikłań sercowych, to — jeśli nie stwierdzi się u nich żadnych podmiotowych lub przedmiotowych objawów ze strony serca — można ich zapewnić, że mogą się poddać operacji bez obawy.

Przechodząc teraz do osobników, którzy już chorują na serce, trzeba uwzględnić kilka rodzajów tych dolegliwości sercowych. Najbardziej niewinnym — jest tutaj niemiarowość tętna (arythmia), występująca u dzieci w związku z rytmem oddechowym; jest ona do pewnego stopnia fizjologiczna, po uśpieniu chorego ustępuje zwykle. Chorego takiego można poddać operacji zupełnie bezpiecznie.

Podobnie nie jest przeciwskazaniem do operacji niemiarowość tętna, polegająca na extrasystole, częsta w wieku podeszłym, ale dająca rokowanie zasadniczo mniej pomyślne, niż w postaci poprzedniej. W czasie snu chorego nieprawidłowość taka się wyrównuje, po obudzeniu się zaś powraca znowuż.

To samo, mniej więcej, można powiedzieć o niemiarowości zupełnej (arythmia completa), która albo bywa następstwem wad zastawkowych czy też zapalenia mięśnia sercowego, albo bywa schorzeniem pierwotnem. Od poprzedniej niemiarowości różni się tem, że po uśpieniu chorego nie wyrównuje się wcale.

Inaczej się rzecz przedstawia, jeśli chodzi o przypadki zwolnienia tętna (bradycardia), będące następstwem zaburzenia koordynacji przedsionkowo - komorowej czyli zaburzenia przewodnictwa nerwowego wewnątrzsercowego. Tutaj rokowanie jest naogół niepewne, gdyż stanom tym mogą towarzyszyć nagłe osłabienia serca (zespół Adams — Stokes'a) które pod wpływem chloroformu mogłyby się nasilić aż do zejścia śmiertelnego włącznie. W czasie snu chloroformowego następuje nadmierne podrażnienie nerwu błędnego, stopniowe zupełne przerwanie przewodnictwa przedsionkowo - komorowego (blokada) i wreszcie migotanie komór, które szybko prowadzi do śmierci. Jednakże powyższe zaburzenia, czynności serca występują rzadko, dopiero po podaniu dużych ilości chloroformu.

Przechodząc następnie do różnych wad zastawkowych należy zaznaczyć, że nie stanowią one żadnego przeciwskazania do operacji, podobnie zresztą jak stany nadmiernego ciśnienia tętniczego i, nawet, dusznica bolesna.

Jeśli chodzi, wreszcie, o stany niedomogi serca (asystole, tachycardia, obrzęki), to i one bezwzględnego przeciwskazania do operacji nie stanowią, zwłaszcza jeśli chodzi o zabiegi konieczne dla chorego.

Jak z powyższego widać, niema choroby serca, któraby stanowiła przeciwskazanie do operacji w ścisłem tego słowa znaczeniu, i obawy chirurgów w tym względzie są mocno przesadzone. Jedno tylko należy tu podkreślić z naciskiem: silny strach przed operacją jest u chorego, jeśli chodzi o sprawność serca, czynnikiem bardzo szkodliwym, gdyż przez nadmierne pobudzenie nerwu błędnego może doprowadzić, zwłaszcza u osobników wrażliwych, do znacznego zaburzenia rytmu serca, aż do jego zupełnego zatrzymania włącznie. Z tem — chirurdzy powinni się liczyć i tego jednego powinni się bać. I dlatego też autor jest zwolennikiem raczej usypiania chorych do operacji, niż znieczulania

miejscowego, zwłaszcza w przypadkach, w których ów czynnik strachu może wchodzić w grę.

Wodonercze, przebiegające klinicznie wśród objawów żołądkowo-kiszkowych. (L'hydronéphrose à forme gastro-intestinale). Gauthier i Clavel.
Journ. d'Urologie XXX — № 4, październik 1930.

Różne zaburzenia żołądkowo - kiszkowe w przebiegu wodonercza występują naogół bardzo często. W wielu przypadkach, w początkowym okresie choroby są wogóle jedynemi objawami klinicznemi.

Rozróżniamy tu, pod względem klinicznym, dwa zespoły objawów: zespół objawów przewlekłych i ostrych.

I. Objawy przewlekłe dotyczą zaburzeń żołądkowych, jelitowych i rzekomo — wyrostkowych. Możemy mieć tutaj do czynienia z bólami w okolicy żołądka, zaburzeniami jego wydzielania, ruchowemi, objawami zapalenia kiszki grubej (colitis, colitis mucomembranacea) i, wreszcie, bólami w okolicy prawego talerza biodrowego (wodonercze prawostronne z ewentualnem przemieszczeniem ku dołowi), które nieraz już spowodowały mylne rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego i naraziły chorego na niepotrzebny zabieg wycięcia wyrostka.

Wszystkie powyższe objawy żołądkowo-kiszkowe cechują się z jednej strony — ostrym początkiem i końcem (w przeciwieństwie do takich że objawów, mających swą pierwotną przyczynę w żołądku lub kiszkach), z drugiej zaś — zupełnem nieskutkowaniem leczenia, skierowanego wyłącznie w kierunku żołądka i kiszek. Te dwie cechy charakterystyczne powinny skierować uwagę lekarza na stan nerek, ze szczególnem uwzględnieniem wodonercza.

II. Ostre objawy brzuszne występują w przebiegu wodonercza przemijającego (hydronephrosis intermittens), wodonercza zakażonego i rozerwania ściany wodonercza w kierunku przestrzeni pozaotrzewnowej. Są to objawy ostrej niedrożności jelit porażennej lub objawy zapalenia otrzewnej. Pęknięcie wodonercza pozaotrzewnowe może być wywołane przez uraz, lub też wystąpić samoistnie.

Mechanizm chorobotwórczy owych objawów żołądkowo-kiszkowych w przebiegu wodonercza może być trojaki: 1) ucisk mechaniczny guza na odźwiernik, dwunastnicę, poprzecznicę ewentualnie odnośne naczynia i nerwy; 2) wpływ przez krew, która może wykazywać pewne zmiany mocznicowe (mdłości, wymioty, biegunki, czasami objawy ostrej niedrożności jelitowej); 3) na drodze odruchu nerwowego z dróg moczowych na przewód pokarmowy.

Wnioski ostateczne. W przypadkach ostrych objawów brzusznych, przebiegających pod postacią ostrej niedrożności jelitowej, dla których nie znajduje się przyczyny, należy myśleć o schorzeniu nerek (przedewszystkiem o wodonerczu). To samo dotyczy różnych przypadków o objawach żołądkowo-jelitowych, trwających przez czas dłuższy i nie poddających się zwykłemu leczeniu.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Skurcze przewodu pokarmowego w zwyrodnieniu torbielkowatem jajnika. (Spasmes du tube digestif dans l'ovarite sclero-kystique). La Gravinese Nicole.
Italja. *Gynecol. et. Obstetr. T. XXII, № 1, 1930.*

Na zasadzie swego doświadczenia klinicznego, a także wyników leczenia operacyjnego, autor twierdzi, że występujące u niektórych chorych objawy skurczu przewodu pokarmowego bez wykazalnego jego schorzenia, są skutkiem zaburzeń natury nerwowej, w zakresie nerwów współczulnego i błędnego, z punktem wyjścia ze schorzałych jajników. Klinicznie skurcze te wyglądają na organiczne schorzenia przewodu pokarmowego, najczęściej na zajęcie odźwiernika wrzodem okrągłym i powodują operację. Chirurg nie stwierdzając zmian w odźwierniku albo zaszywa brzuch bez wykonania jakiegokolwiek zabiegu, albo stosuje, co gorsza, zespolenie żołądka z jelitem, raczej ut aliquid fieri videatur. Zdaniem zaś autora należy zbadać stan jajników i w razie ich schorzenia, np. zwyrodnienia drobno-pęcherzykowego — przeciąć drogi nerwowe n. współczulnego, wycinając najlepiej nerw przedkrzyżowy (n. presacralis).

Szereg przytoczonych obserwacji klinicznych potwierdza wywody autora.

Stany śluzówki jajowodów przypominające budową śluzówkę macicy. (Les états endométrioides l'endométriome tubaires). Hamant A., Cornil M., Mosinger.
La Presse Medicale, № 80, R. 1930.

W pracy swej, noszącej charakter raczej artykułu zbiorowego, autorzy wysuwają następujące wnioski:

1. Odróżniać należy trzy stany patologiczne, zasadniczo różne, a zazwyczaj mieszane między sobą, a mianowicie: a) stan endometrioidalny, charakteryzujący się podobieństwem mniej lub więcej odległem śluzówki jajowodu do śluzówki macicy; b) endometriosis jajowodu, w której śluzówka trąbki ma wygląd identyczny ze śluzówką macicy; c) endometrioma — nowotwór dobrotliwy, który jest bujającą endometriosis.

2. Salpingitis isthmica nodosa-Chiari (albo adenomyoma cornu V. Recklinghausen'a) jest stanem endometrioidalnym pochodzenia zapalnego lub wrodzonego (z przewodu Wolfa lub Müllera); stan ten bywa stosunkowo często w związku z mięśniakami macicy.

3. Stan endometroidalny jest pochodzenia zapalnego, z niego zaś na drodze metaplazji wytwarza się endometriosis.

4. Na zasadzie obserwacji kilku przypadków autorzy przypuszczają, że w powstawaniu endometriosis dużą rolę gra zaburzenie w wydzielaniu wewnętrznem jajnika.

5. Endometriosis i stan endometroidalny zaznaczają się licznemi powikłaniami, z których najpoważniejszem jest — ciąża pozamaciczna.

6. Rozpoznanie omawianych stanów powinno być brane pod uwagę: a) w przypadkach, gdzie

dawniej wykonano wycięcie trąbki (endometrioma po operacji), b) w przypadkach dawniej przebytych zapaleń jajowodów (pozapalne endometrioma).

7. Leczenie zapobiegawcze polegać powinno na starannej technice operacyjnej zabiegów na jajowodach.

Leczniczo zastosować można w niektórych przypadkach czasowe wytrzebienie za pomocą promieni Roentgena.

W sprawie rozszerzenia szyjki macicy pod koniec ciąży w znieczuleniu lędźwiowem. (Au sujet de la dilatation du col de l'uterus en fin de grossesse sous rachianesthésie. Methode de Delmas). A. Ginglinger, R. Pinson.

Gynecologie et Obstetrique. T. XXII, *Nr. 4, 1930.*

Szkoła Strasburska, pragnąc nabrać osobistego doświadczenia co do wartości metody Delmasa, zastosowała ją w 21 przypadkach, początku porodu lub końca ciąży. Wskazania do zabiegu ręcznego rozszerzenia szyjki macicy w znieczuleniu lędźwiowem były rozmaite; zawsze jednak starano się wybierać przypadki istotnie wymagające szybkiego ukończenia porodu, względnie przerwania ciąży (łożysko przodujące, wady serca, wypadnięcie pępowiny, przedłużenie się porodu przy objawach zaczynającego się zakażenia i t. d.). Ostrożność we stawianiu wskazań, cechująca autorów, uwydatnia się w stosunkowo małej ilości przypadków załatwianych według omawianej metody (21 przyp. na ogólną ilość 7.000 porodów).

Oceniając wyniki z całą bezstronnością autorowie określają 11 przyp. jako udatne, 10 — zaś jako nieudane.

Ale nawet grupa przypadków udanych nie jest bez zarzutu. Oto np. w jednym doszło do pęknięcia szyjki, dochodzącego aż do tętnicy macicznej; w drugim — obrót następujący po rozszerzeniu szyi był bardzo trudny, bez porównania trudniejszy, niż obrót bez znieczulenia lędźwiowego; w trzecim — przyszło do gwałtownego shoku naczyniowego, co stwierdza, że samo znieczulenie lędźwiowe nie jest zabiegiem zupełnie bezpiecznym; w 4-tym — autorzy musieli szyć znaczne pęknięcie szyjki, a w piątym znowu — obrót i wydobycie płodu było tak trudne, że odbiło się na zdrowiu dziecka, a szyjka macicy pękła obustronnie aż do sklepienia.

Przechodząc z kolei do grupy przypadków nieudanych autorzy rozpatrują je szczegółowo po kolei podnosząc szkody wynikłe czy to dla matki, czy dla dziecka. Najsmutniejszy jednak był przypadek 21-y, gdyż zakończył się śmiercią pacjentki, która wykrwawiła się naskutek pęknięcia macicy w dolnym odcinku, z zachowaniem ciągłości otrzewnej. Rozpatrując ogólnie czynniki ułatwiające czy utrudniające gwałtowne rozszerzanie szyi met. Delmasa autor stwierdza, że łatwiej jest uczynić to już w trakcie porodu, przy zanikłej części pochwowej, niż w ciąży choćby przy końcu, zwłaszcza o ile szyja jest jeszcze długa, nieskrócona. Na 10 przypadków, w których szyja była jeszcze długości kilku centymetrów, aż 5 było nieudanych i z tego 1 skończył się śmiertelnie.

Wniosek ogólny: Metoda Delmasa mogła by być używana tylko bardzo rzadko z gwarancją bezpieczeństwa. (Między linjami wyczytać można potępienie metody Delmasa przez autorów — przyp. referenta).

T. Zawodziński (Warszawa).

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE

Astma dziecięca i objawy jej towarzyszące. (L'asthme infantile et les réactions qui lui sont associées (dermatoses prurigineuses, insuffisance hépatique). H. Jumon.

Présse Médicale 1930, N. 68.

Astmy dziecięcej nie należy mięszać z astmą osobników młodych. Astma dziecięca w ścisłem znaczeniu polega na atakach duszności, które pojawiają się u dzieci w 1-ym do 6-go roku życia, mają charakter duszności kataralnej i mają skłonność do samoistnego stopniowego ustępowania około 10 roku życia, lub w okresie dojrzewania. Astma osobników młodych rozpoczyna się zwykle później, ataki mają charakter spazmatycznych, nie wykazują żadnej skłonności do samoistnego ustępowania; etjologję jej można często ściśle ustalić, nie towarzyszą jej objawy ze strony skóry i wątroby, co ma miejsce w astmie dziecięcej, — jest to więc astma dorosłych, pojawiająca się u osobników młodych. Astma dziecięca w największej ilości przypadków rozpoczyna się w 3-cim roku życia. Jej postać najbardziej typowa ma cechy nieżytu oskrzeli, przebiegającego z podniesieniem ciepłoty ogólnej, klinicznie znajdujemy obraz bronchiolitis. Rokowanie jest dobre, wszystkie objawy stopniowo przechodzą. Obok tej postaci istnieje także poronna, obejmująca liczne przypadki bezgorączkowo przebiegających nieżytów oskrzeli: po pierwszym kataralnym okresie następują stany bezgorączkowej napadowej duszności, wikłane okresami, w których przeważają objawy nieżytu. Łatwo z tych przypadków wykluczyć te, w których duszność jest następstwem schorzeń nosa, śródpiersia, serca, nerek i t. p. Objawy skórne, towarzyszące astmie d iecięcej należą wszystkie do typu świerzbiączki (prurigo). Głównym objawem podmiotowym jest swędzenie, wtórnym objawem — zliszejowacenie (lichenisatio). W szeregu tych dermatoz można wyróżnić 2 grupy. Pierwsza — swędzenie z następowem wypryszczeniem; brak tutaj elementów charakterystycznych, drugie — świerzbiączka z charakterystycznymi elementami pierwotnymi, papulo-vesicula typu pokrzywkowego. Do tej drugiej grupy zaliczyć należy prurigo Hebrae szkoły francuskiej, prurigo Hebrae verum, prurigo simplex acutum i formy przejściowe pomiędzy prurigo a pokrzywką, czyli strophulus.

Objawy ze strony skóry ustępują zwykle tak, jak i objawy duszności w wieku 8 — 10 lat a najpóźniej w okresie pokwitania. O ile objawy wtórne na skórze — wypryszczenie i zliszajowacenie są znacznego stopnia, mogą utrzymywać się dłużej tak, że chory nie cierpi już na duszność a jest chorym skórnym.

Zaburzenia w czynności wątroby, towarzyszące astmie dziecięcej polegają na niedomodze w spalaniu ciał acetonowych, objawiają się albo gwał-

townemi cyklicznemi wymiotami i acetonemją lub, co częściej się zdarza, nieznacznemi zaburzeniami ogólnemi i trawiennemi bez wymiotów. W tych przypadkach ciepłota ogólna może nieoczekiwanie podnieść się. Oddech ma zapach charakterystyczny dla ciał acetonowych, które zawsze zresztą znajdują się w moczu. Acetonemja jest wtedy przyczyną podniesienia ciepłoty ogólnej, częściej jednak mamy do czynienia z t. zw. poronną bezgorączkową acetonemją, która objawia się tylko nieznacznie kwaskowatą wonią oddechu i wydzielaniem acetonu z moczem. Klinicznie mamy w tych razach objawy ogólnej depresji, zmęczenie, bóle głowy, senność po jedzeniu i bezsenność w nocy — pomiędzy 2 a 4-tą godziną, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w postaci braku apetytu, skłonności do wymiotów, nudności zwłaszcza po przebudzeniu. Język bywa obłożony, istnieje zaparcie stolca; stolce są słabo zabarwione. Obmacywanie wątroby wykazuje niekiedy tylko jej nieznaczne powiększenie, ciepłota ogólna nie podniesiona lub nieznacznie podniesiona, wymiotów brak. W moczu zawsze znajduje się w tych okresach aceton. Okresy te są przejściowe, trwają 1 — 2 dni, o ile leczenie jest prowadzone w kierunku zalkalizowania soków i zastosowania odpowiedniej djety. Leczenie nie powinno iść w kierunku leczenia zwykłej niestrawności. Wszystkie powyższe zaburzenia powinny być odniesione do niedomogi wątroby (spalania ciał acetonowych), czego następstwem — ogólne zakwaszenie. Z dzieci dotkniętych tym schorzeniem tylko nieliczne są dobrze odżywione z ogólnym stanem zdrowia dobrym. Większość jest wątła ,blada, ich skóra jest zawsze sucha ze skłonnością do kserodermji. Ten zespół objawów zostaje wywołany jakąś przypadkową przyczyną rozmaitą, zależnie od osobniczej wrażliwości. Mechanizm jego powstawania może polegać na wstrząsie anafilaktycznym lub na wstrząsie koloidalnym bez wpływu jakiejkolwiek substancji, dostającej się do organizmu zzewnątrz. Przyczyną bezpośrednią wywołującą atak bywa: zmęczenie, uraz psychiczny, błędy djetetyczne zwłaszcza przejedzenie, a głównie wpływy meteorologiczne: nagłe zmiany ciepłoty otaczającej, zwłaszcza z ciepłej na zimno. Dermatozy są również skutkiem wyżej wymienionego wstrząsu koloidalnego, któremu towarzyszą zmiany w krwi. Co się tyczy okresów acetonemji, to są one związane z wprowadzeniem do przewodu pokarmowego białka obcego (wędliny, jaja, czekolada, fasola, kremy). Są jednak typowe przypadki astmy dziecięcej ze zmianami skórnemi i niedomogą czynności wątroby, w których nie udaje się odnaleźć żadnej przyczyny, wywołującej ataki i należy przypuścić jakieś specjalne długotrwałe zmiany plazmy, które stwarzają odrębność podłoża. Stan ten nazwano skazą neuroartretyczną, skazą powstającą skutkiem zboczeń w odżywianiu. Skaza ta ma cechy wady dziedzicznej lub nabytej. Dziedziczy się ją po rodzicach alkoholikach i rodzicach zatruwających się chronicznie innymi czynnikami szkodliwymi (kawa, herbata), po rodzicach zakażonych zwłaszcza kiłą i gruźlicą. Skaza neuroartretyczna może być nabytą skutkiem błedów w odżywianiu i nastepowych błedów w trawieniu, popełnionych w pierwszych miesiącach życia dziecka: karmienie mlekiem krowy, zawczesne odłączenie, przekarmianie, dokarmianie sztucznemi mączkami, djety obfite w białko zwierzęce. Wszystkie te czynniki atakują komórkę wątroby, co jest pierwszym aktem w powstaniu zestawionych tutaj procesów chorobowych. Drugim aktem jest następowa chwiejność równowagi koloidowej, co stwarza właśnie podłoże zwane skazą, a czego następstwem jest labilność systemu neurowegetatywnego i skłonność organizmu do reagowania wstrząsem, którego ostatnim wyrazem jest skurcz oskrzeli, swędzenie i kwasica. Zależnie od indywidualnych cech odpowiedniego organu u jednego dziecka przeważają objawy oskrzelowe u innego skórne lub wątrobowe. Zwykle jednak można odnaleźć wszystkie 3 syndromy z przewagą jednego. Trzy te syndromy proponuje autor nazwać syndromem artretyzmu dziecięcego. Leczenie racjonalne powinno iść w kierunku zmiany podłoża. Pierwszym tego warunkiem jest ścisłe uregulowanie djety, następnie leczenie klimatyczne.

Pokrzywka a gronkowcowe schorzenia skóry. (Urticaire et dermite staphylococcique). P. C h a n t r i o t.
Paris Médic. 1930 № 37.

Stan allergiczny skóry, wywołany najczęściej przez podawanie niektórych ciał białkowych w pokarmach lub niektórych leków, stwarzający skłonność do powstawania wykwitów pokrzywkowych, może być także skutkiem uczulenia na białka lub toksyny bakteryjne. Obserwacja autora ma być dowodem możliwości istnienia takich przypadków pokrzywki bakteryjnej.

Chory cierpiał od 20 dni na ropne zmiany na skórze twarzy, tułowia i kończyn (impetigo, ecthymata). Obok wykwitów typowych dla zmian powyższych pojawiły się, nie pozostając z niemi w żadnem związku topograficznym, rumienie pokrzywkowe. Chory nie przedstawiał pozatem żadnych zaburzeń i wykwitów pokrzywkowych nie można było odnieść ani do zaburzeń w przewodzie pokarmowym, ani do schorzenia innych organów, ani do jakiegokolwiek uczulenia. Wyleczenie zmian ropnych na skórze pociągnęło za sobą samoistne ustąpienie wykwitów pokrzywkowych.

W sprawie leczenia przewlekłych grzybic międzypalcowych przy pomocy środków epilacyjnych. (Du traitement par les pâtes épilatoires des mycoses interdigitales chroniques). R. S a b o u r a u d.
Annales de Dermat et de Syphil, 1930, № 9.

Zmiany chorobowe określone nazwą eczema hyperkerat. interdigital. są zawsze grzybicą skóry, wykazującą znaczną oporność na leczenie środkami zwykle w grzybicy stosowanemi (tra jodi). Zmiany te ustępują wprawdzie podczas leczenia, odnawiają się jednak natychmiast po zaprzestaniu leczenia i prawie nie jesteśmy w możności zniszczyć grzybni w obficie narastającym, złuszczającym się naskórku pomiędzy palcami tak, jak nie umiemy je zniszczyć we włosie głowy. Schorzenie to może utrzymywać się 3, 5 i więcej lat. Grzyby wywołujące to schorzenie są różne, autor wylicza ich około 7 rodzajów. Pasty siarkowe alkaliczne, które rozpuszczają włos, rozpuszczają również warstwę naskórka zrogowaciałego. To działanie nasunęło autorowi myśl stosowania tych środków w przypadkach grzybicy międzypalcowej. Autor stosował barium sulfuricum (depilatoire Brisson).

rozrobione na papkę z gliceryną. Glicerynowe papki mają tę wyższość nad wodnemi, że schnąc bardzo powoli pozwalają na dowolnie długie działanie środka, który w paście wyschniętej już nie działa.

Papkę glicerynową stosowano na miejsca schorzałe po uprzednio długotrwałej gorącej kąpieli rąk ew. nóg. Pozostawiano ją na skórze 10 — 30 minut, poczem zmywano ciepłą wodą i pędzlowano miejsce schorzałe rozcieńczoną jodyną. Zabieg ten powtarzano co drugi dzień, stosując w pozostałe dnie samą tylko nalewkę jodową. Tym sposobem naskórek zrogowaciały zostaje bardzo szybko usunięty, drobne pęcherzyki śródnaskórkowe otworzone, warunki do wytępienia grzybni stają się bardziej odpowiednie. Wyjątkowo pozostawiano papkę na 45 minut. Podrażnienia znaczniejszego autor nie spostrzegał. Przypadek najbardziej uporczywy był leczony 1½ miesiąca — poczem nastąpiło zupełne wyleczenie.

W sprawie leczenie orchi - epididymitis blenorrhagica przy pomocy surowicy przeciwmeningokokowej. (Le traitement de l'orchi-épididymite blennorhagique par le sérum antimeningococcique). L. Lortat-Jacob, Bucquoy.
Annales de Derm et de Syphil. 1930, № 9.

Autor zebrał około 30 przypadków wiewiórowego zapalenia najądrzy, w których stosowano surowicę przeciwmeningokokową. Nie stosowano tego leczenia w innych powikłaniach wiewiórowych. Przeciwskazaniem do tego leczenia były zastarzałe chroniczne zajęcia najądrzy. Im świeższe przypadki, im ostrzej przebiegające, tem lepsze były wyniki lecznicze. Stosowano surowicę w postaci zastrzyków domięśniowych, codziennych w dawkach 40, 30, 20 i 20 cm³ przez cztery dni i ta ilość surowicy (110 cm³) jest konieczna do uzyskania pożądanego skutku. Zastrzyki były niebolesne, nie wywoływały żadnego wstrząsu, posurowiczych objawów prawie nie spostrzegano (w jednym przyp. na 10 dzieci pokrzywka). Leczenia innego nie stosowano równocześnie. Chorzy pozostawali na djecie mlecznej. Zupełnego wyleczenia nie udaje się przy pomocy surowicy przeciwmeningokokowej nigdy uzyskać. Objawy natomiast podmiotowe i obrzęk i stan zapalny szybko, bo już po 12 godzinach po pierwszym zastrzyku ustępują tak, że zastosowane po 4 dniach dalsze leczenie o wiele prędzej prowadzi do celu. Leczenie surowicą przeciwmeningokokową niewpływa wcale na zmniejszenie się stanu kataralnego cewki moczowej.

Własności lecznicze surowicy polegają na jej zdolności aglutynacyjnej w stosunku do dwoinek Neissera. W celach porównawczych stosował autor w takich samych przypadkach surowicę przeciwdyfterytyczną i przeciwgonokokową i wyniki otrzymywane były o wiele słabsze. Autor nie tłómaczy tego zjawiska.

Dr. Zofja Jastrzębska.

KRONIKA

Dn. 23.V, 24.V i 25V.1931 r. odbędzie się we Lwowie XI. Zjazd Psychjatrów Polskich. Tymczasowy program Zjazdu jest następujący:

I. dzień.

Temat główny: Kiła wetjologji schorzeń psychicznych.

1. Prof. *Weigl* (Lwów) — Bjologja krętka bladego.
2. Prof. *Lenartowicz* (Lwów) — Kiła eksperymentalna.
3. Prof. *Nowicki* (Lwów) — Anatomja patologiczna kiły.
4. Dr. *Messing* (Warszawa) — Histopatologja kiły układu nerwowego.
5. Prof. *Kryształowicz* (Warszawa) — Kiła wrodzona.
6. Dr. *Meissner* (Kobierzyn) — Patogeneza zaburzeń psychicznych.
7. Doc. *Artwiński* (Kraków) — Leczenie kiły.

II. dzień.

Przed południem.

Hygiena psychiczna.

Porządek dzienny nie jest dotychczas ustalony; dotychczas zgłoszono następujące odczyty:

1. Prof. *Groer* (Lwów) — temat zastrzeżony.
2. Prof. *Borowiecki* (Poznań) — Nerwice, jako choroby społeczne.
3. Dyr. *Łuniewski* (Tworki) — Zagadnienia społeczne, wypływające z wyników współcze nego leczenia paralityków.
4. Ks. *Rękas* (Kulparków) — Sterylizacja umysłowo chorych w świetle nauk etyki i socjologji.

Po południu.

Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

III. dzień.

Luźne odczyty.

UWAGI:

1. uprasza się o nadsyłanie tytułów luźnych odczytów pod adresem Sekretarza Zarządu Głównego Towarzystwa Psychjatycznego *(J. Hendelsman*, Pruszków — Tworki), możliwie wcześnie w celu ułożenia ostatecznego programu Zjazdu.
2. W sprawach organizacyjnych Zjazdu uprasza się o skomunikowanie się z miejscowym Komitetem: Dyr. *Sochacki*, Kulparków pod Lwowem.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie pooperacyjnego porażenia kiszek. U chorych po laparatomjach, w warunkach prawidłowych, gazy odchodzą zwykle po 30 godzinach. Jednakże w niektórych przypadkach pooperacyjne porażenie kiszek i uwarunkowane przez nie zatrzyma-

nie gazów utrzymuje się dłużej, będąc dla chorego źródłem znacznych nieraz dolegliwości, jak bóle brzucha, mdłości, wymioty, czkawka, utrudnienie oddechu i t. p. Owe objawy niedrożności są natury wyłącznie porażenno-skurczowej, gdyż na zakażenie, względnie jakąś przeszkodę mechaniczną bywa wówczas jeszcze zawcześnie.

W przypadkach tych, o ile lawatywa z oliwy lub gliceryny nie skutkuje, autor stosuje wstrzykiwania dożylne 20% roztworu chlorku sodu w ilości 5 — 10 cm^3; zwykle już po 3 godzinach kiszki odzyskują swoje napięcie i gazy odchodzą. Wstrzykiwania te można powtarzać w miarę potrzeby.

Można również profilaktycznie stosować ten środek, wstrzykując w 10 godzin po operacji 5 cm^3 20% chlorku sodu, a następnie powtarzając tę dawkę co 3 godziny aż do skutku, to jest odejścia gazów.

Działanie środka tego polega na podrażnieniu nerwów, wywołującem ruchy robaczkowe jelit.

(Bojovitch — La Presse Méd. Nr. 98, 1930).

Cz.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*

Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".

Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 420-90.

Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.